



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

**STCONSAME**  
SECRETARIADO TÉCNICO DEL  
CONSEJO NACIONAL DE SALUD MENTAL

Secretaría de Salud  
Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud  
Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental

**Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental**

**Comisión Nacional Contra las Adicciones**

**Servicios de Atención Psiquiátrica**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL SISTEMA DE  
ATENCIÓN COORDINADA PARA COMPORTAMIENTO  
SUICIDA CÓDIGO 100**





**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

**STCONSAME**

SECRETARIADO TÉCNICO DEL  
CONSEJO NACIONAL DE SALUD MENTAL

Secretaría de Salud  
Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud  
Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental

**Dr. Jorge Alcocer Varela**

Secretario de Salud

**Dr. Hugo López-Gatell Ramírez**

Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud

**Mtra. Maricela Lecuona González**

Abogada General de la Secretaría de Salud

**Mtro. Marco Vinicio Gallardo Enríquez**

Unidad de Administración y Finanzas

**Dr. Juan Manuel Quijada Gaytán**

Director General, Servicios de Atención Psiquiátrica - Secretaría de Salud Federal

**Mtra. Diana Iris Tejadilla Orozco**

Directora del Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental

**Dr. Gady Zabicky Sirof**

Comisionado Nacional contra las Adicciones - Secretaría de Salud Federal

**Dra. Evalinda Barrón Velázquez**

Directora Comisión Nacional contra las Adicciones - Secretaría de Salud Federal





**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

**STCONSAME**  
SECRETARIADO TÉCNICO DEL  
CONSEJO NACIONAL DE SALUD MENTAL

Secretaría de Salud  
Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud  
Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental

## Coordinación técnica

### Manual desarrollado por el Equipo del Programa Nacional de Prevención del Suicidio del STCONSAME

Mtra. Diana Iris Tejadilla Orozco  
Dr. Cristian Molina Pizarro  
Dra. Pamela Espinosa Méndez  
Lic. Rocío Jurado Galicia  
Dr. Alejandro Vázquez García  
Lic. Abril Deyanira Téllez Buendía  
Lic. José Vicente Castro Ávalos  
Dra. Paulina Arenas Landgrave  
Mtra. Daniela Videgaray Arias

Asesor: Dr. Enrique Baca García Universidad Autónoma de Madrid España

© Ciudad de México, 2022

La presente publicación puede reproducirse íntegra o parcialmente por cualquier medio para fines educativos o sin ánimo de lucro; no es necesario un permiso especial del titular de los derechos de autor, siempre que se cite expresamente la fuente. El Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental agradecerá que se le envíe copia de toda publicación que utilice como fuente la presente publicación.

Av. Periférico Sur No. 2905, Col. San Jerónimo Lidice, Alcaldía La Magdalena Contreras. CDMX.  
Tel: (55) 5377 2700 Ext. 52725 y 52741 [www.gob.mx/salud](http://www.gob.mx/salud)



## Contenido

<b>1. INTRODUCCIÓN Y PLANTEAMIENTO TEÓRICO GENERAL</b>	<b>1</b>
1.1. Cuestiones preliminares	1
1.2. ¿Qué es la ideación suicida (IS)?	2
1.3. Funcionamiento de la ideación suicida	3
1.4. El modelo biopsicosocial de riesgo de suicidio	5
<b>2. FLUJOGRAMAS</b>	<b>1</b>
<b>3. EVALUACIÓN: INSTRUMENTOS Y VALORACIÓN DEL RIESGO</b>	<b>5</b>
3.1. Identificación de la presencia de factores de riesgo y protección generales	5
<b>4. CODIFICACIÓN DE ENFERMEDADES</b>	<b>6</b>
4.1 Ventajas de la codificación	7
4.2 Código 100	8
4.2.1 FASE 1 extra-hospitalaria	9
4.2.2 FASE 2 Atención hospitalaria	12
4.2.3 FASE 3 Sistema de retroalimentación	19
4.2.4 FASE 4. Seguimiento	19
<b>5 ATENCIÓN PRIMARIA</b>	<b>21</b>
5.1 Unidad médica o segundo nivel	23
5.2 Atención en Urgencias	24
<b>6 TRATAMIENTO: OBJETIVOS Y TÉCNICAS</b>	<b>27</b>
<b>7. COMENTARIOS FINALES</b>	<b>35</b>
<b>8. BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>37</b>
<b>9. ANEXOS</b>	<b>45</b>
9.1 Listado de posibles problemas y sugerencia de soluciones	45
9.2 Exploración psicopatológica breve.	46
9.3 Lista de factores de riesgo y protección de conducta	48
9.4 Agitación Psicomotriz	49
9.5 Manejo Farmacológico de Ideación Suicida.	55
9.6 Plan de Seguridad	65



## **MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL SISTEMA DE ATENCIÓN COORDINADA PARA COMPORTAMIENTO SUICIDA CÓDIGO 100**

El presente manual expone de forma concisa una serie de pasos y consideraciones relevantes en la detección de la ideación suicida, así como el abordaje inicial en usuarios que presenten comportamiento suicida en cualquiera área del espectro. Las recomendaciones que se explican para el proceso evaluativo-interventivo, se basan en una cuidadosa consideración de la evidencia disponible sobre los aspectos básicos y teóricos relacionados con la naturaleza y explicación del comportamiento suicida, así como el consiguiente riesgo de suicidio. Está dirigido a todos los profesionales o primeros respondientes, para que, desde una perspectiva basada en evidencias y centrado en la práctica profesional, facilite la actuación terapéutica en aquellos casos que manifiesten o sugieran la voluntad de terminar con su vida.

Este manual recoge el enfoque que se sigue en diversos países donde la codificación del comportamiento suicida, así como la homologación de acciones, ha demostrado su eficiencia y eficacia en la disminución de la prevalencia del comportamiento suicida, y es un complemento de las guías ya existentes sobre el tema de manejo del comportamiento suicida, con la particularidad de pretender ajustarse a un contexto comunitario y hospitalario en los tres niveles de atención en México. No obstante, conviene tener en cuenta que el presente manual no anula la responsabilidad individual de los profesionales de la salud, que deben tomar las decisiones adecuadas a las circunstancias de cada paciente, por lo que las estrategias propuestas no deben interpretarse como un modelo a seguir, sino que han de servir como esquema general de actuación en el que caben formularse determinadas cuestiones al enfrentarnos en la práctica a este tipo de comportamientos.



## 1. INTRODUCCIÓN Y PLANTEAMIENTO TEÓRICO GENERAL

### 1.1. Cuestiones preliminares

El comportamiento suicida y sus intentos configuran uno de los problemas más graves de salud actuales. Según la World Health Organization (WHO), el suicidio se encuentra entre las diez primeras causas de muerte, lo que supone que al año mueren en el mundo alrededor de un millón de personas y 1,8% del total de fallecimientos son por este motivo. Los datos de suicidio entre los jóvenes son muy preocupantes, entre los 15 y 24 años se establece entre la segunda y tercera causa de muerte, igual para ambos sexos. Las tasas de suicidio, aunque varían considerablemente entre países, han aumentado aproximadamente en un 60% en los últimos 50 años. El problema es de una gran magnitud si se tiene en cuenta que por cada suicidio consumado existen al menos 20 intentos. En México, el número de suicidios ascendió a 7,818 en 2020, alcanzando una tasa histórica de 6.2 por cada 100,000 habitantes y de 10.7 en el grupo de jóvenes de 18 a 29 años (INEGI, 2021). Es muy probable que el aumento se deba a los efectos de la pandemia por la COVID 19.

El suicidio es un fenómeno multifactorial, intervienen factores biológicos, sociológicos, psiquiátricos y psicológicos (en su perspectiva comunitaria y clínica). Por lo tanto, es prioritario que el comportamiento suicida sea prevenido y atendido desde su complejidad, para lo cual conviene tener un sistema protocolizado y homologado de actuación frente a esta situación.



Las patologías «tiempo-dependientes», aquellas en las que el retraso en el diagnóstico o tratamiento influye negativamente en la evolución y el pronóstico del proceso patológico, son consideradas críticas en las emergencias, ya que su morbilidad está directamente relacionada con la demora en iniciar una intervención, por ejemplo: sepsis, traumatismo craneo encefálico, EVC, ICTUS, comportamiento suicida, entre otras.

La creación de sistemas de coordinación entre niveles asistenciales de diferente complejidad ha posibilitado la implantación y, finalmente, la consolidación de procedimientos consensuados entre todos los profesionales sanitarios implicados en el proceso asistencial que, de forma espontánea y genérica, se han definido como «códigos de activación».

## 1.2. ¿Qué es la ideación suicida (IS)?

La ideación suicida o ideas de suicidio (IS), es un término amplio que se usa para describir una variedad de imágenes, deseos y preocupaciones de involucrarse en comportamientos con la intención de terminar con la propia vida (Nock *et al.*, 2008); es decir, cuando un individuo tiene pensamientos sobre quitarse la propia vida de forma deliberada (O'Connor & Nock, 2014). Un nivel de mayor riesgo suicida que sólo los deseos de morir, está relacionado con el plan suicida o formulación de un procedimiento (el cual incluye el método) por parte del individuo para autoinmolarse (Nock *et al.*, 2008). Al respecto, Rudd (2006) refiere que en el proceso del deseo suicida, el incremento de la intención se va legitimando, los planes van fortaleciendo su viabilidad y creando las condiciones “idóneas” para lograr su objetivo.

Es evidente que las ideas suicidas se presentan en forma de “altibajos”, por lo que la magnitud y características de la IS fluctúan, son dinámicas. Por lo tanto, es de vital importancia que los profesionales de la salud reconozcan que la IS es un fenómeno heterogéneo; varía en intensidad, duración y carácter.



Como no hay un comportamiento suicida "típico", no hay ideas ni pensamientos suicidas "típicos". Desafortunadamente, los registros de atención médica a menudo documentan la IS en forma binaria de sí/no, aunque desde deseos fugaces de quedarse dormido y nunca despertar hasta preocupaciones intensamente perturbadoras con la auto aniquilación alimentadas por delirios.

Por lo tanto, evaluar y monitorear minuciosamente el patrón, la intensidad, la naturaleza, y el impacto de la IS en el individuo y documentar, todo esto es importante para todos los profesionales de la salud. También es importante reevaluar el IS con frecuencia debido a su patrón fluctuante

### **1.3. Funcionamiento de la ideación suicida**

Las causas de la ideación suicida son múltiples, diversas y dependen de la perspectiva de análisis (cultural, social, psicológico y biológico, entre otros). No existe ninguna teoría que explique el suicidio o la ideación suicida de una forma completa. Falta un mayor esclarecimiento e integración de los diferentes modelos para determinar más claramente las condiciones y factores relevantes en el proceso de suicidio, y probablemente no existan unas mismas causas en todos los individuos, sino que son particulares a la historia de cada persona.

#### **Ideación Suicida activa y pasiva**

La ideación suicida "activa" denota experimentar pensamientos suicidas actuales y específicos. Está presente cuando hay un deseo consciente de infligir conductas autolesivas y el individuo tiene algún nivel de deseo, de que la muerte ocurra como consecuencia de sus propias acciones. La probable letalidad de éstas, basadas en los medios utilizados para el intento de suicidio, no es el foco. Más bien, la consideración clave es la expectativa del individuo de que su intento podría producir un resultado fatal.





## Ideación Suicida Pasiva, Deseos de Muerte y Población del Adulto Mayor

Evaluar IS es un componente esencial de la evaluación del riesgo de suicidio para individuos que se extiende más allá de aquellos con condiciones psiquiátricas conocidas, especialmente en las poblaciones de adultos mayores en todo el mundo.

Las personas que presentan IS tienen un mayor riesgo de por vida de suicidio, que las personas que nunca han experimentado IS, aunque el valor de predicción es débil. No se ha demostrado el valor de IS para predecir el riesgo de suicidio inminente, pero sí se tiene en cuenta en la evaluación general de los factores protectores frente a los de riesgo, especialmente, en el riesgo de suicidio a corto plazo. Un concepto erróneo común es que el IS pasiva tiene menos importancia clínica. En un estudio en el que compararon la probabilidad para predecir los intentos de suicidio según la IS pasiva o la IS activa muestran que no hay una diferencia significativa. Se recomendó incluir preguntas para evaluar tanto la IS activa como la pasiva para predecir el riesgo.

En comparación con las poblaciones más jóvenes, los adultos mayores son más propensos a presentar la IS pasiva y menos inclinados a expresar la IS activa o buscar atención de salud mental. Además, la mayoría muere en su primer intento de suicidio. Una revisión sistemática reveló que los adultos mayores que murieron por suicidio tienen perfiles de personalidad muy diferentes a los de las víctimas de suicidio más jóvenes. En general, las víctimas de suicidio en adultos mayores tenían menos evidencia de personalidades desadaptativas, y la mayoría no alcanzó el umbral para el diagnóstico psiquiátrico.

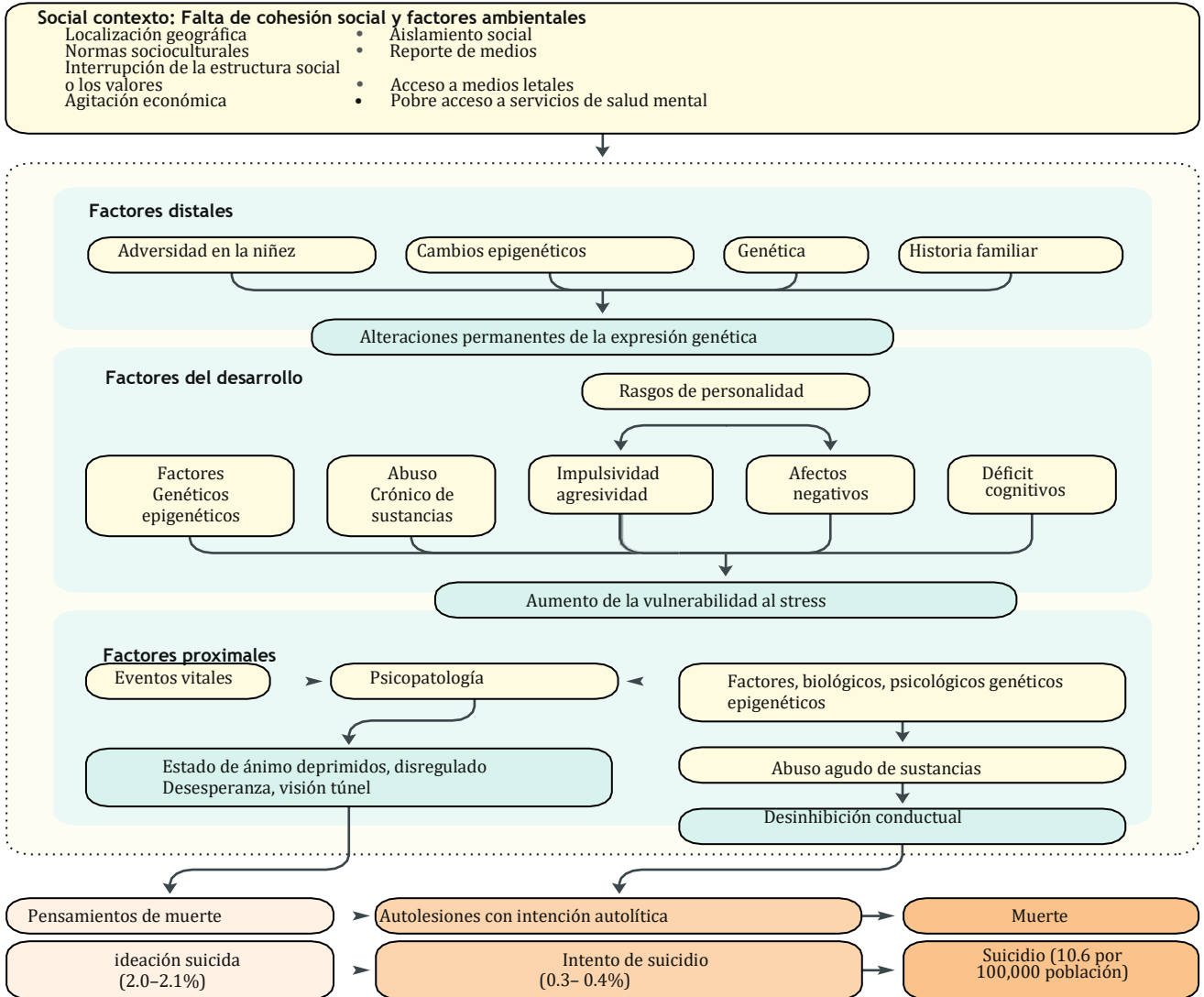


#### 1.4. El modelo biopsicosocial de riesgo de suicidio

El modelo biopsicosocial para el riesgo de suicidio presenta una visión integral de los diferentes tipos de factores que pueden contribuir al riesgo de cometerlo.

Los factores sociológicos, demográficos, económicos y ambientales pueden influir en cualquiera o todos los factores distales, del desarrollo y proximales.

Los factores externos, de la población o del nivel de la sociedad, además de factores individuales como, la genética, los antecedentes familiares, los antecedentes personales de abuso, la disregulación conductual, el abuso de sustancias y la psicopatología, pueden interactuar para aumentar la vulnerabilidad al suicidio a través de la desinhibición conductual y el estado de ánimo disregulado, desesperanza y visión de túnel, que a su vez están asociados con la ideación suicida, el intento de suicidio y el suicidio.



Gráfica adaptada de Turecki et al. NATURE REVIEWS | DISEASE PRIMERS | Article citation ID: (2019) 5:74



## 2. FLUJOGRAMAS



### Flujograma Código 100 Asociación a pensamientos e ideación suicida o conducta suicida

**01**

- Ideación suicida
- Verbalizadas o referidas por terceros

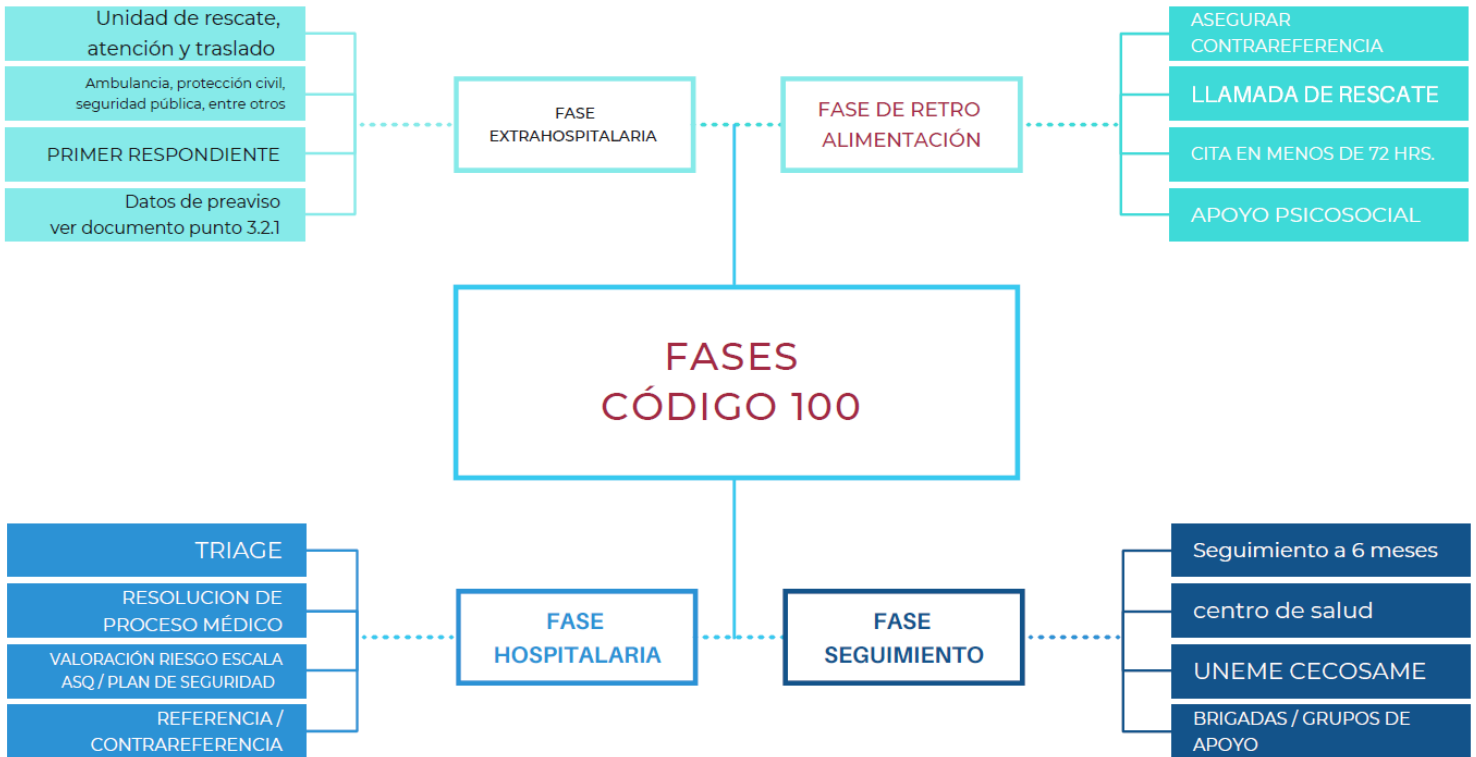
**02**

- Ideación suicida con planeación (persistente o impulsiva)

**03**

- Intento /Acto suicida

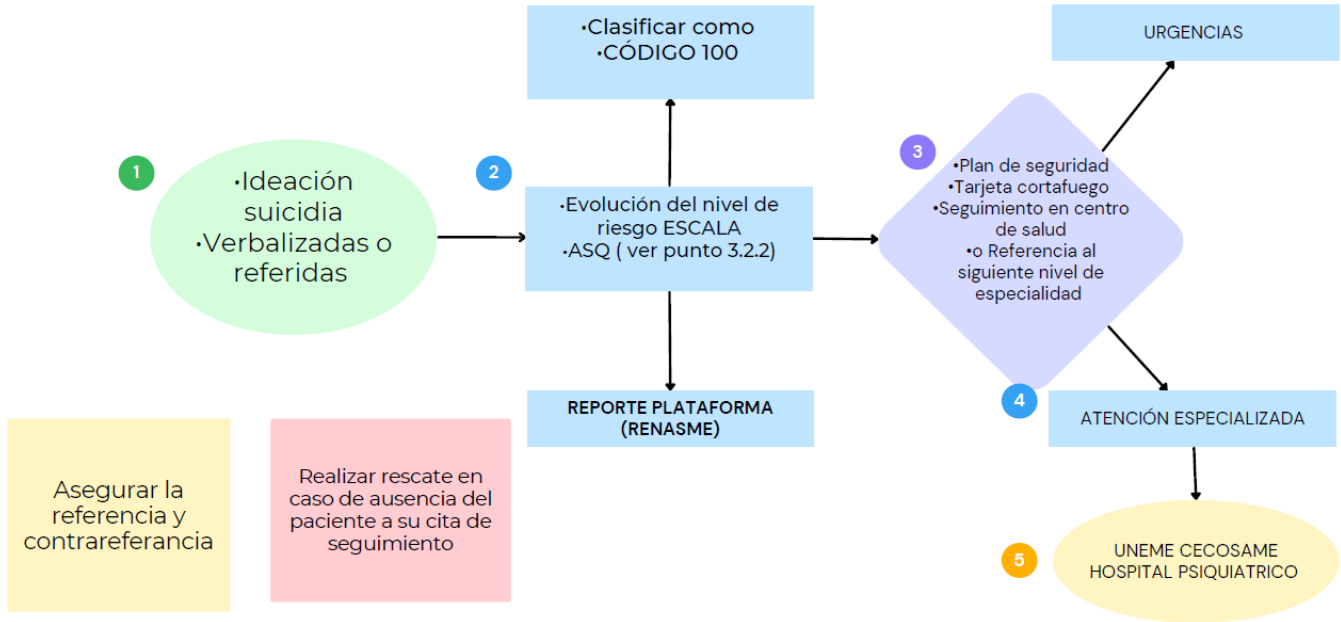






### ATENCIÓN PRIMARIA / COMUNITARIA

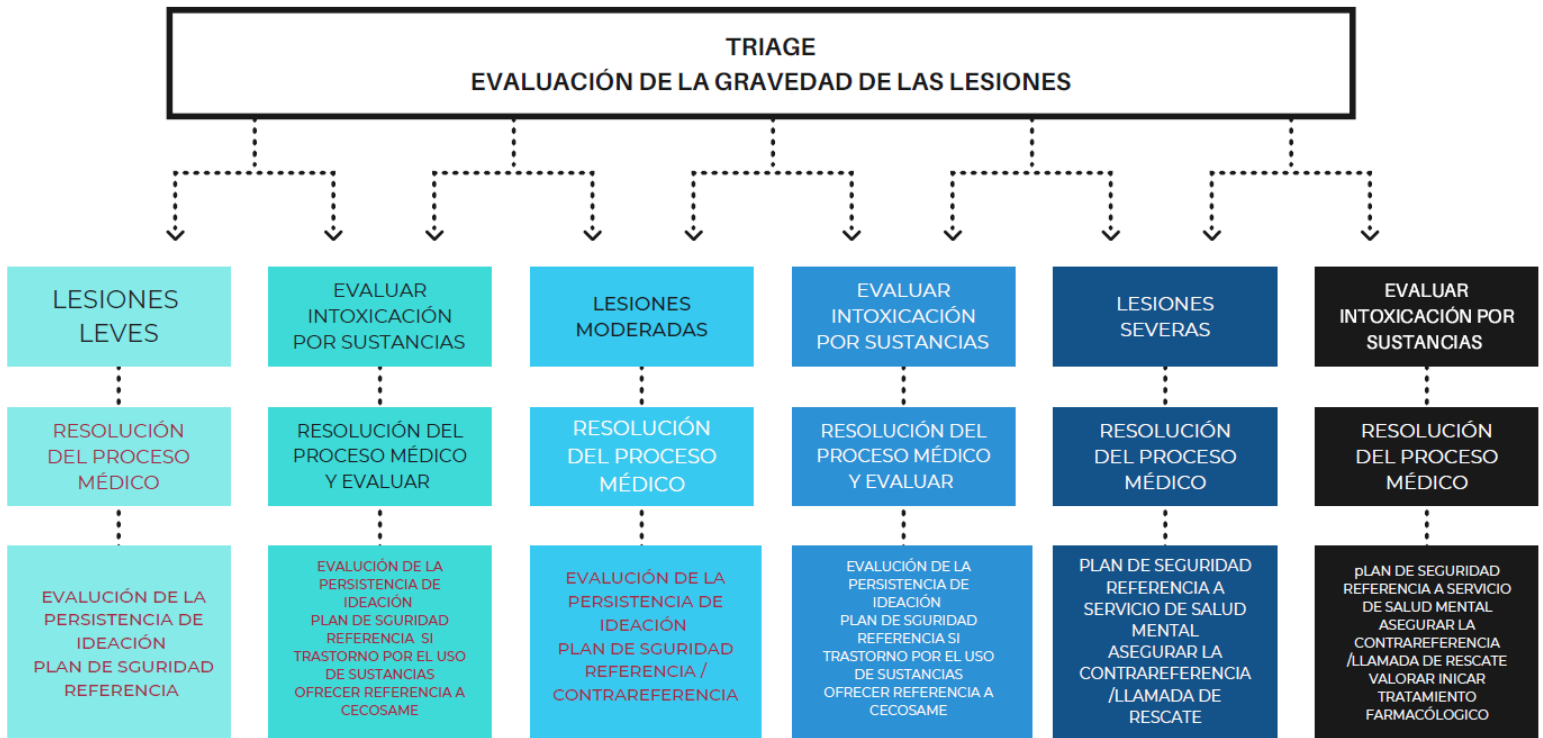
💡 SI RIESGO LEVE SEGUIMIENTO EN CENTRO DE SALUD





## INTENTO DE SUICIDIO

Urgencias hospitales generales Segundo o Tercer nivel





### 3. EVALUACIÓN: INSTRUMENTOS Y VALORACIÓN DEL RIESGO

La detección de pensamientos o ideas suicidas (IS), deben tomarse con seriedad. La evaluación de estas ideas, a diferencia de otras problemáticas, requiere en muchos casos simultanearse con la intervención debido a la posibilidad que lleve sus ideas suicidas a cabo.

Para poder determinar el riesgo de suicidio, es importante conocer los factores de riesgo y protección del individuo y realizar una evaluación individual sobre el estado actual.

Algunos instrumentos encontramos el -Ask Suicide-Screening Questions (ASQ)- fue validado por primera vez para pacientes pediátricos y adultos jóvenes evaluados en departamentos de Emergencias por razones médico / quirúrgicas.

Aunque el número de estos pacientes identificados como de alto riesgo de suicidio fue pequeño, su utilización demanda menos de 2 minutos para ser administrada.

#### 3.1. Identificación de la presencia de factores de riesgo y protección generales

Al examinar los factores de riesgo para un individuo, se ha de tener en cuenta que cuanto mayor número concurren en una misma persona, mayor será la probabilidad de que la persona presente ideación o conducta suicida. No obstante, que no estén presentes no significa que una persona no pueda llevar a cabo un intento de suicidio. Además, los factores de protección servirán no tanto para determinar el nivel de riesgo, sino para favorecer y ser utilizados en la propia intervención. (Anexo 8.3)





### 3.2 La entrevista

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

Muchas veces los profesionales o primeros respondientes pueden tener reparo a la hora de plantear preguntas claramente para evaluar el comportamiento suicida, especialmente si no tiene experiencia con este tipo de casos. Se ha de tener claro que es el deber de todo personal capacitado realizar estas preguntas para obtener la información necesaria que permita dirigir la actuación posterior. En lo posible se debe contar con un consentimiento para recoger información de otras personas cercanas como familiares, amigos / amigas, especialistas en psiquiatría, trabajadores/trabajadoras sociales, etc.

## 4. CODIFICACIÓN DE ENFERMEDADES

Según la OMS sobre la codificación Clasificación Internacional de Enfermedades-11 (CIE-11) resalta que, la codificación en el mundo médico es una parte imprescindible del día a día de los profesionales. Un trato útil y cuidadoso de su información médica es intrínseca a la buena praxis sanitaria.

Los profesionales del sector sanitario tienen una enorme responsabilidad con sus pacientes. No solo están al cargo de su salud, también manejan información sensible y confidencial sobre los usuarios. Más aún, deben llevar un registro exhaustivo sobre sus pacientes: datos sobre cambios fisiológicos y hábitos son los que les



ayudan a identificar dolencias y curarlas. Pero esta recopilación de información personal es peligrosa si no se trata con profesionalismo y prudencia.

Uno de los principales problemas del proceso de generación de datos de mortalidad y morbilidad que es común a todos los países, es la capacitación de codificadores para la aplicación de una clasificación como la Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, conocida como “la CIE-11”.

#### 4.1 Ventajas de la codificación

1. Registra dentro de un período de tiempo, la recopilación activa de datos de los pacientes brinda la oportunidad de mejorar el conocimiento del médico y el personal de salud, para así determinar combinaciones relevantes de factores de riesgo
2. Encripta: evita el estigma y protege la información de los usuarios
3. Unifica: la creación de estos códigos, médicos de distintas partes del mundo comparten listados de enfermedades y procedimientos sanitarios de esa forma dos especialistas que tal vez ni siquiera hablen el mismo idioma pueden entenderse y compartir información.
4. Favorece la posibilidad de generar estadísticas: Los subregistros sobre el comportamiento suicida es por demás conocido, el proceso de registro permite controlar el estado de salud de poblaciones concretas, buscar la causa de estas dolencias y llevar a cabo campañas enfocadas a esa área específica, así como la creación de políticas públicas.



## 4.2 Código 100

El Código 100 es un sistema de apoyo a la toma de decisiones clínicas en la ideación y conducta suicida en hospitales generales o centros de atención dentro de las redes integradas del sistema de salud (RISS). El uso de estas herramientas de codificación para patologías tiempo dependientes, ha ido en aumento en los últimos años debido a su capacidad para llevar la medicina basada en la evidencia hasta los puntos de atención.

Un sistema de apoyo a las decisiones clínicas (CDSS) es un sistema de información de salud que está integrado en historias clínicas, que permiten un uso fácil y eficaz por parte de médicos y personal de salud para elegir qué tratamiento es el más adecuado, si ha recibido atención por el mismo motivo de consulta, que medicamentos o acciones se han realizado. El CDSS incorpora datos de pacientes individuales, un protocolo de actuación y una base de conocimientos médicos para producir una evaluación específica del paciente o recomendación de un plan de tratamiento o referencia al alta para seguimiento del paciente.

Código 100, apoya a los tomadores de decisiones (personal de salud, de medicina, psicología, etc.) a determinar:

1. El tratamiento más adecuado, la naturaleza de una estrategia psicosocial, o la duración del tratamiento en las estrategias de prevención del suicidio. Una de la característica clave de la codificación es identificar el riesgo de un paciente en términos de un intento repetido, el número de reintentos o grado de letalidad, dentro de un período de tiempo,
2. La recopilación activa de datos (entrevista a familiares, acompañantes, exploración a pacientes) de los pacientes brinda la oportunidad de mejorar el conocimiento del médico y el personal de salud, para así determinar combinaciones relevantes de factores de riesgo.



3. Además, estos datos obtenidos desde la atención hospitalaria ayudan a caracterizar mejor a la población de personas que intentan suicidarse, identificando los grupos de pacientes más relevantes y sus factores de riesgo asociados para el reintento de suicidio (u otras variables de interés). El objetivo final es crear un CDSS para el médico y personal de salud en la toma de decisión y proponer una prevención personalizada y estrategia de intervención para cada paciente atendido dentro de las urgencias

Las 3 fases consideradas son:

#### **4.2.1 FASE 1 extra-hospitalaria**

Unidad de rescate, atención y traslado (ambulancia, protección civil, seguridad pública, entre otros), la cual es de vital importancia ya que tiene el primer contacto con el paciente con conducta suicida (con autolesiones y/o ideación suicida). A la persona que hará la vinculación con la fase 2 (intra-hospitalaria) se le denominará **Primer respondiente**. se comunicará con el servicio de urgencias del hospital y éste preavisará a la persona enlace o supervisora de la unidad (Persona encargada de recibir y atender al paciente).

#### **Alcance**

**Primer respondiente:** Persona encargada de recopilar los datos y dar preaviso al enlace del Hospital o unidad sanitaria que vaya a recibir al paciente.

#### **Criterios de Exclusión**

- Cualquier paciente que por la gravedad de sus lesiones esté en riesgo de ser atendido en la unidad de cuidados intensivos.



## 1. Datos del preaviso

- Paciente agresivo o no.
- Alteración del nivel de conciencia, se acepta GCS (Glasgow) de 14-15 sin existir razones orgánicas evidentes.
- Resultado de la realización de la **Entrevista**
- Formato de Voluntariedad del traslado.
- Tiempo estimado de llegada al hospital.

## Información requerida en la historia clínica extra- hospitalaria

### Datos recogidos por la figura del Primer respondiente.

#### 1. Datos de filiación

- Debe incluir antecedentes médicos, antecedentes psicológicos/psiquiátricos (incluidos intentos previos) y tratamiento actual.
- En la medida de lo posible se intentará obtener un teléfono u otro medio de contacto con los familiares más cercanos o las personas más próximas al paciente (importante para corroborar la información e investigar con trabajo social).

#### 2. Exploración médica

- Fundamentalmente dirigida a descartar la causa/afectación orgánica
- Si hay lesiones orgánicas graves, actuar según procedimiento general específico.
- Si se trata de patología orgánica leve o ausente, continuar con el código 100.

#### 3. Circunstancias del suceso

- Lugar en el que se encuentra el paciente.



- Disponibilidad y letalidad de medios autolíticos (método) en caso de acto, y descripción, elaboración y decisión en el caso ideación.
  - Precipitantes o sucesos vitales estresantes. (Motivo)
  - Reacción tras el hecho.
  - **Muy importante señalar "lo objetivo" de las circunstancias, así como recoger palabras "textuales" significativas del paciente.**
4. Tipo de conducta: Actitud ante llegada de servicios de emergencia: colaborador, negativista, opositor, inquieto, agresivo, pasivo.
  5. Consumo de sustancias/drogas en la actualidad (la ingesta de alcohol no inválida la realización de este código, siendo la percepción del riesgo suicida por parte del personal médico lo que decida la inclusión o no).
  6. Acompañantes/familiares: Información histórica, actual.
  7. Soporte social y familiar (evaluar riesgo de violencia intrafamiliar)
  8. Especificar cantidad ingerida si fuera precisa.



#### 4.2.2 FASE 2 Atención hospitalaria

Servicio de urgencias del hospital de referencia, unidad donde se ha atendido el o la paciente, o donde se realizará la atención y se aplicará el protocolo CÓDIGO 100.

Alcance

#### **Personal sanitario a cargo del CÓDIGO 100.**

- Llegada del paciente a urgencia hospitalaria
- Descartar patología orgánica o intoxicación por sustancias.
- En caso de existir cualquiera de estas circunstancias se derivaría para ser valorado por Medicina Interna en el servicio de urgencias.
- Entrevista con el paciente para valoración del riesgo suicida.

<b>Protocolo intrahospitalario para adultos</b>	
Atención en crisis (anexo 1)	o Instrumento
Instrumentos a aplicar en Urgencia Hospitalaria.	<b>ASQ- Herramienta para la detección del Riesgo de Suicidio</b>

### **ASQ- Herramienta para la detección del Riesgo de Suicidio**

#### **Introducción**

Es común que el usuario espere ser juzgado y maltratado por el personal clínico. Por lo que es importante que antes de comenzar con las preguntas usted le haga saber lo siguiente:

1. “Usted no va a ser juzgado(a)”
2. “Nuestra intención es apoyar”
3. “Por lo tanto, es importante que conteste con sinceridad a las preguntas que le voy a realizar”





4. “Su información será tratada con absoluto respeto”

<b>Pregunte al paciente</b>	SI	NO
1. En las últimas semanas, ¿ha deseado estar muerto?		
2. En las últimas semanas, ¿ha sentido que usted o su familia estarían mejor si estuviera muerto?		
3. En la última semana, ¿ha pensado en suicidarse?		
4. ¿Alguna vez ha intentado suicidarse?		
Si contestó que sí, ¿cómo lo hizo? _____		
¿Cuándo lo hizo? _____		
Si el paciente contesta que <b>Sí</b> a alguna de las preguntas anteriores, hágale la siguiente pregunta para evaluar la agudeza:		
5. ¿Está pensando en suicidarse en este momento? Describa estos pensamientos (planes, intención, preparativos) _____		

Si el usuario contesta que “No” a todas las preguntas de la 1 a la 4, la prueba de detección está completa (no es necesario hacerle la pregunta 5).

No hay necesidad de intervención (\*Nota: la opinión clínica siempre puede anteponerse a una prueba de detección negativa).

Si el paciente contesta “Sí” a cualquier pregunta de la 1 a la 4 o se niega a responder, esto se considera una prueba de detección positiva. Hágale la pregunta 5 para evaluar la agudeza:

- “Sí” a la pregunta número 5= prueba de detección positiva aguda (identificación de riesgo inminente)
- El paciente necesita evaluación de salud mental completa o mantener su seguridad urgente. No deje que el paciente se vaya por cuestiones de seguridad.
- Mantenga al paciente a la vista. Retire todos los objetos peligrosos de la habitación. Avise al personal responsable del manejo del paciente para





tomar las medidas correspondientes al protocolo para el cuarto orden de riesgo.

- “No” a la pregunta 5= **prueba de detección positiva no aguda** (identificación de riesgo).
- El paciente necesita una evaluación de seguridad **breve** del riesgo de suicidio para determinar si es necesaria una evaluación completa de salud mental. El paciente no puede irse hasta que se evalúe como medida de seguridad.
- Avise al personal responsable del manejo del paciente para tomar las medidas correspondientes al protocolo.

**Ofrezca recursos a todos los pacientes: Línea de la Vida y otros teléfonos de atención o emergencias.**

### **Interpretación de los reactivos del ASQ (ASQ, 2017)**

Si responde **“Sí” a la 1 y 2 y al resto “No”**, es riesgo bajo. 1er orden de riesgo de suicidio

Si responde **“Sí” de la 1 a la 3 y “No” a la 4 y 5**, corresponde a riesgo moderado. 2do orden de riesgo de suicidio

Si responde **“Sí” de la 1 a la 4**, es riesgo alto. 3er orden de riesgo

Si responde **“Sí” de la 1 a la 5** es riesgo inminente. 4to orden de riesgo

Si responde **“Sí” a las preguntas 1, 2, 3 y 5** es riesgo inminente, sin antecedentes de intentos suicidio. 4to orden de riesgo

No de las preguntas 1 a la 3, no hacemos la 5, no hay riesgo agudo, pero puede haber antecedentes que represente riesgo crónico, que se explora con la pregunta 4 en caso de existir sospechas. Se requiere profundizar en la entrevista inicial para identificar problemas asociados (1er riesgo leve, 2do orden de riesgo moderado).

Si se resiste o duda en cualquiera de las preguntas de la 1 a la 3, se le pregunta la 4, si responde que no, se continúa con las preguntas 5, si responde **“Sí”** existe riesgo inminente (4to orden), la persona necesita una evaluación por salud mental especializada y mantener la seguridad de manera Urgente, no puede irse hasta garantizar su atención.



*Acciones de manejo y/o tratamiento recomendadas de los órdenes de riesgo de suicidio obtenidos por los resultados en la prueba ASQ y su articulación con la red de servicios de salud y de participación comunitaria.*

**Órdenes de Riesgo de Suicidio de acuerdo al ASQ**

**Manejo y/o tratamiento recomendado**

**4° Orden.**

**Riesgo inminente**

**Contexto comunitario-Clubes por la Paz-BASM (manejo):**

1. Empatizar con el dolor emocional, sin juzgar.
2. Contactar a psicólogo o psiquiatra (P. ej., responsable de la BASM).
3. Dar primeros auxilios psicológicos.
4. El psicólogo valora el riesgo suicida de la persona. Elaborar referencia (p. ej., formato de BASM).
5. Contactar con un servicio que apoye en situaciones de emergencia (Cruz Roja, Protección Civil, Seguridad Pública, etc.).
6. Contactar responsable (familiar, pareja o amistad de mayor de edad). Activar red de apoyo.
7. Acompañar hasta el momento en que se realiza el traslado a la unidad de referencia.
8. Dar seguimiento a la referencia (vía telefónica o por medio de una cita subsecuente) para garantizar que recibió la atención indicada.

**Como personal de Seguridad Pública, Protección Civil o de un servicio de urgencias (manejo):**

1. Generar un entorno/perímetro seguro.
2. Dar primeros auxilios médicos (de ser posible) o llamar ambulancia.
3. Promover confianza mediante la validación emocional para una aproximación efectiva.
4. Una vez que se garantizó la seguridad física y la confianza, dar contención y estabilización emocional: escuchar, empatizar, acompañar y garantizar la búsqueda de apoyo profesional.
5. Activar red de apoyo (familiar, pareja o amistad de mayor de edad), persona que actúe como responsable legal.
6. Acompañar hasta que se realice el traslado a un servicio de urgencias médicas o psiquiátricas.
7. Dar seguimiento a la referencia (vía telefónica o por medio de una cita subsecuente) para garantizar que recibió la atención indicada.

**Servicios de salud ambulatorios y no ambulatorios especializados (manejo mhGAP+):**

1. Realizar manejo médico.
2. Generar un entorno seguro
3. Realizar una valoración psiquiátrica y psicológica en las Unidades de cuidados intensivos o en el área de hospitalización por medio de una interconsulta.





4. Activar la red de apoyo (intervenciones psicosociales con familia, pareja, cuidador o responsable).
5. Establecer de manera colaborativa el *plan de seguridad*.
6. Hacer referencia o solicitar interconsulta a tratamiento ambulatorio especializado o sugerir hospitalización (cuando no existe red de apoyo, la IS e Intencionalidad no disminuyen, se encuentra intoxicado o con altos niveles de agitación y/o desesperanza).
7. Dar seguimiento del caso (vía telefónica o por medio de una cita subsecuente) para garantizar que recibió la atención indicada.

**Servicios de salud especializados (manejo):**

1. Realizar manejo médico de la lesión.
2. Generar un entorno seguro.
3. Iniciar proceso de hospitalización (cuando no existe red de apoyo, la IS e Intencionalidad no disminuyen, se encuentra intoxicado o con altos niveles de agitación o desesperanza).
4. Establecer de manera colaborativa el Plan de seguridad.
5. Activar la red de apoyo (intervenciones psicosociales con familia, pareja, cuidador o responsable). Brindar psicoeducación.
6. Antes de realizar el alta (si hubo hospitalización) garantizar la referencia o interconsulta a los servicios de salud ambulatorios especializados (psicología y psiquiatría).
7. Dar seguimiento a la referencia (vía telefónica o por medio de una cita subsecuente) para garantizar que recibió la atención indicada.

**3er Orden**

**Riesgo alto**

**Contexto comunitario -Clubes por la Paz-BASM (manejo):**

1. Empatizar con el dolor emocional, sin juzgar.
2. Dar primeros auxilios psicológicos.
3. Contactar a psicólogo o psiquiatra (P. ej., responsable de la BASM).
4. El psicólogo valora el riesgo suicida de la persona.
5. Elaborar referencia (p. ej., formato de BASM, oficio institucional) a un servicio de salud mental especializado.
6. Activar red de apoyo (familiar, pareja o amistad de mayor de edad), persona que actúe como responsable legal.
7. Dar seguimiento a la referencia (vía telefónica o por medio de una cita subsecuente) para garantizar que recibió la atención indicada

**Servicios de salud ambulatorio no especializado (manejo mhGAP+):**

1. Generar un entorno seguro.
2. Realizar valoración psicológica del riesgo suicida.
3. **Establecer de manera colaborativa el Plan de seguridad.**
4. Activar la red de apoyo (intervenciones psicosociales con familia, pareja, cuidador o responsable).
5. Hacer referencia a tratamiento especializado ambulatorio.
6. Dar seguimiento a la referencia (vía telefónica o por medio de una cita subsecuente) para garantizar que recibió la atención indicada.



**Equipo de salud ambulatorio especializado (manejo y tratamiento):**

1. Generar entorno seguro
2. Valorar el riesgo de suicidio y factores asociados.
3. **Realizar un Plan de seguridad colaborativo (manejo del riesgo agudo) y de estabilización (plan de tratamiento).**
4. Activar la red de apoyo (intervenciones psicosociales con familia, pareja, cuidador o responsable). Brindar psicoeducación.
5. Implementar tratamientos para el comportamiento suicida breves basados en evidencia psicológica y/o mixtos (psicológico y psiquiátrico) bajo la modalidad de tratamiento individual, grupal y asistencia telefónica para manejo de episodios agudos.
6. Dar de alta a partir de la adquisición de habilidades de afrontamiento a las crisis que acompañen la solución de problemas y con ello la remisión del comportamiento suicida. (Seis meses de evolución favorable).
7. Hacer referencia para continuar su tratamiento a establecimientos de salud de segundo orden de riesgo.
8. Dar seguimiento a la referencia (vía telefónica o por medio de una cita subsecuente) para garantizar que recibió la atención indicada.
9. Hacer seguimiento(s) a los 3, 6 y 12 meses para apoyo y monitoreo del RS.

**2° Orden**

**Riesgo moderado**

**Contexto comunitario-Clubes por la Paz-BASM (manejo):**

1. Empatizar con el dolor emocional, sin juzgar.
2. Dar primeros auxilios psicológicos (si la persona se encuentra en crisis o agitada).
3. Contactar a psicólogo o psiquiatra (P. ej., responsable de la BASM).
4. El psicólogo valora el riesgo suicida de la persona.
5. Elaborar referencia (p. ej., formato de BASM, oficio institucional) a un servicio de salud mental especializado.
6. Activar la red de apoyo y factores protectores (Gestores Comunitarios o Trabajadores sociales: intervenciones psicosociales con familia, pareja, cuidador o responsable).
7. Hacer referencia a tratamiento ambulatorio no especializado.
8. Dar seguimiento a la referencia (vía telefónica o por medio de una cita subsecuente) para garantizar que recibió la atención indicada.

**Servicios de salud ambulatorio no especializado (manejo mhGAP+ y tratamiento):**

1. Generar un entorno seguro.
2. Evaluar el riesgo suicida de la persona.
3. Realizar de manera colaborativa el Plan de seguridad.
4. Activar la red de apoyo (intervenciones psicosociales con familia, pareja, cuidador o responsable). Brindar psicoeducación.
5. Implementar tratamientos para el comportamiento suicida breves basados en evidencia psicológica y/o mixtos (psicológico) bajo la modalidad de tratamiento individual o grupal.
6. Mantener monitoreo o seguimiento del riesgo y en caso de que



persista o aumente, referir a un tratamiento ambulatorio especializado de psicología y/o psicología y psiquiatría de tercer orden de riesgo.

7. Después del alta, hacer seguimiento(s) a los 3, 6 y 12 meses para apoyo y monitoreo del RS.

### 1er Orden

### Riesgo leve

#### **Manejo Contexto comunitario -Clubes por la Paz-BASM (manejo):**

1. Empatizar con el dolor emocional, sin juzgar.
2. Contactar a psicólogo o psiquiatra (P. ej., responsable de la BASM).
3. El psicólogo valora a la persona en riesgo.
4. Dar primeros auxilios psicológicos.
5. Activar la red de apoyo y promover factores protectores (Gestores Comunitarios o Trabajadores sociales: intervenciones psicosociales con familia, pareja, cuidador o responsable).
6. Promover que la persona se integre a actividades deportivas, culturales o recreativas dentro de su comunidad.
7. Mantener monitoreo o seguimiento del riesgo y en caso de que persista o aumente, hacer referencia a tratamiento ambulatorio no especializado en caso de que el riesgo persista o aumente.

#### **Manejo Servicios de salud ambulatorio no especializado (mhGAP 2.0, mhGAP+ y tratamiento)**

8. Generar un entorno seguro.
9. Realizar valoración psicológica del riesgo suicida.
10. Realizar de manera colaborativa el Plan de seguridad.
11. Activar red de apoyo (familiar, pareja o amistad de mayor de edad), persona que actúe como responsable legal.
12. Hacer seguimiento(s) en caso de que el riesgo persista o aumente, referir a un tratamiento ambulatorio especializado de psicología y/o mixto.

## Referencia

Garantizar la continuidad en su atención: si el tratamiento actual del paciente (en caso de tenerlo) es considerado, por el mismo y por el personal de psiquiatría, útil y es aceptado por el paciente, facilitar su continuación. En caso contrario derivar a Centro de Salud Mental. En cualquier caso, se intentará cumplir lo especificado en el punto siguiente.

- La primera consulta del paciente tras alta hospitalaria será antes de 72 horas en caso de seguimiento en el Centro de Salud Mental y, en caso de ser en otro Centro, se garantizará contacto telefónico



para cita con un máximo también de 72 horas, de forma que se le asegure al paciente una comunicación eficaz para una próxima cita antes de ese tiempo.

- El objetivo es que el paciente conozca quién es su médico o persona que contactar y dónde y cuándo es la próxima consulta antes de 3 días tras su alta hospitalaria, de forma que perciba un cuidado continuado y evitando la sensación de abandono o desesperanza.
- Llamada al Centro de Salud Mental establecido (si fuera posible solicitar la persona responsable de dicho paciente) para confirmar y reforzar la continuidad asistencial.
- Personal de salud que realiza la valoración dentro del servicio de salud antes de ser dado de alta.

#### 4.2.3 FASE 3 Sistema de retroalimentación

**El objetivo de este paso es generar adherencia al tratamiento psicoterapéutico y/o farmacológico, dependiendo del caso.**

- Consiste en la recepción de la información de la evolución a las 72 horas (lugar de atención), al mes y al año.
- Además, se articulará mediante llamada telefónica del Deltas, los viernes, alrededor de las 10:30 horas (al teléfono establecido para ello), para transmitir la información por parte del psiquiatra responsable de la evolución de los pacientes de la semana anterior.

#### 4.2.4 FASE 4. Seguimiento

Los pacientes que estén de acuerdo, serán referidos al nivel de atención que requiera en el centro más cercano.

Este programa se centrará en la intervención en crisis mediante terapia individual y grupal hasta que se consiga la estabilización del paciente y



la reducción del riesgo autolítico. En ese momento se interrumpirá el seguimiento y se continuará la asistencia en el Centro de Salud Mental de referencia del paciente, previo contacto con el responsable clínico en dicho centro para informarle de su situación.

Con independencia de la transferencia asistencial, los pacientes serán recontactados telefónicamente al cabo de 3 meses y un año para obtener información sobre su evolución y la posible existencia de nuevos episodios de riesgo suicida.

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

- **Trastornos psiquiátricos/psicológicos:** presencia de sintomatología relacionada con cambios en el estado de ánimo trastorno o episodio depresivo, trastornos de personalidad, consumo de sustancias (especialmente alcohol), presencia de antecedentes familiares psiquiátricos y niveles de ansiedad del paciente (puede hacer que la experiencia depresiva y de desesperanza sea intolerable).
- **Intentos suicidas/autolesivos previos:** número de veces que ha intentado cualquier tipo de conducta suicida y la severidad de estos.

**Ideación suicida:** construcción cognitiva que el paciente haya realizado en torno al acto suicida para aclararnos hasta qué punto corre riesgo su vida. Se presentan en las siguientes líneas las principales fases y ejemplos de preguntas del terapeuta que se deben realizar en relación con los pensamientos o los intentos suicidas cuando sospechamos o detectamos riesgo de suicidio.



## 5 ATENCIÓN PRIMARIA

### Profesionales de atención primaria en relación con IS

Un meta-análisis reciente de 44 estudios de servicios de atención médica utilizados por víctimas de suicidio mostró una dependencia principal de los profesionales de atención primaria en América Latina y el Caribe se incluyen todos los países, con la excepción de Canadá y Estados Unidos. Sólo el 31% de los fallecidos por suicidio recibieron servicios de salud mental para pacientes hospitalizados o ambulatorios en el año anterior a su muerte; El 57% de los fallecidos tuvo contacto con servicios de salud mental en algún momento de su vida.

Los profesionales de atención primaria son más aptos para tener una relación establecida con los pacientes y tener una comprensión más completa de su historial de salud. Además, por tener una relación preestablecida, cuando los pacientes experimentan un empeoramiento de la IS o factores estresantes que pueden precipitar conductas suicidas, es más probable que busquen ayuda en los profesionales de atención primaria.

Los estudios muestran que entre el 80 y el 90 % de los fallecidos por suicidio aumentaron su contacto con los profesionales de atención primaria en el año y los meses previos al suicidio; El 44% de los fallecidos por suicidio tuvo contacto con atención primaria en su último mes de vida. Aunque el ímpetu para aumentar los contactos es sin duda variable, indica que existen oportunidades para que los profesionales de la salud identifiquen cualquier nuevo factor de riesgo de suicidio y ofrezcan opciones de tratamiento para abordar los factores modificables.

Los investigadores notaron que muchos de los proveedores de atención primaria no estaban seguros de cómo interpretar el significado de IS





cuando lo expresaban sus pacientes. Esto fue particularmente evidente cuando el paciente tenía antecedentes de verbalización de IS. Los ejemplos de declaraciones de los médicos de atención primaria incluyen;

- "Aunque la consideramos de riesgo moderado de suicidio, ninguno de nosotros pensó que alguna vez lo haría, porque hablaba mucho de eso".
- "Había hecho esto en numerosas ocasiones. Tomaba sobredosis, no como un intento de suicidio sino para llamar la atención, en un estado de angustia mental, ayúdame, un grito de ayuda... nunca hubo un trastorno"

Una revisión de la literatura centrada en mejorar la capacidad de los profesionales de la práctica primaria para detectar y tratar la IS y prevenir el suicidio produjo cuatro recomendaciones principales.

- i) Educar a los profesionales sobre los riesgos de pensamientos y comportamientos suicidas.
- ii) Proporcionar exámenes de detección de pacientes para identificar el riesgo de suicidio y/o trastornos del estado de ánimo.
- iii) Usar intervenciones basadas en evidencia, incluidos equipos colaborativos y multidisciplinarios, para manejar la depresión y otras causas.
- iv) Evaluar la presencia de factores de riesgo de suicidio y manejar el riesgo de suicidio cuando surjan los síntomas.



## 5.1 Unidad médica o segundo nivel

La evaluación universal de IS generalmente no se realiza cuando se ingresa a una unidad médica por un problema de salud no relacionado con el comportamiento. Los profesionales de la salud deben tener en cuenta que la IS puede desencadenarse por condiciones dolorosas y/o crónicas, ansiedad, insomnio o reacciones adversas a los medicamentos. Del mismo modo, las complicaciones durante el tratamiento, como el delirio en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), pueden producir miedo y provocar agresiones o autolesiones. Evaluar y documentar el estado mental de cada paciente en cada turno es importante para el personal de todas las unidades de atención. En entornos de salud del comportamiento, la gestión ambiental incluye mantener una observación estrecha (típicamente cada 30 minutos) o una observación constante de las personas con tendencias suicidas. Revisar y almacenar todas las posesiones es importante durante el proceso de admisión.

Aproximadamente el 25-30% de los suicidios en hospitales ocurren en algún lugar que no sea una unidad psiquiátrica para pacientes hospitalizados.

Los baños son los lugares más comunes para el suicidio en los hospitales, especialmente debido a la privacidad y la abundancia de puntos de amarre para colgar. El personal del servicio de urgencias y de las unidades médicas debe ser consciente de esto y vigilar el entorno del paciente en busca de equipos y suministros que puedan ser letales. Siempre que sea posible, los pacientes que han intentado suicidarse o tienen antecedentes de IS o intentos deben estar en una habitación donde puedan ser observados desde la estación de enfermería.



## 5.2 Atención en Urgencias

El propósito de la codificación es que en cada unidad de urgencias se utilicen escalas validadas para evaluar el riesgo de suicidio en todos los pacientes cuyas razones principales para buscar atención médica sean el tratamiento o la evaluación del comportamiento suicida.

La capacidad de clasificar con precisión a los pacientes depende de la confiabilidad de los instrumentos y también de los juicios clínicos del médico. Durante la evaluación de triage en el servicio de urgencias, algunos individuos presentan principalmente IS caracterizado por una "ambivalencia sobre la vida", mientras que otros expresaron IS activa.

Los datos según el informe de OPS 2016 ([www.paho.org](http://www.paho.org)) muestran que el 10% de las personas que terminaron con su vida por suicidio visitaron un departamento de emergencia dentro de los dos meses posteriores a la autolesión fatal. Las personas que tienen antecedentes psiquiátricos, trastornos por uso de sustancias o depresión son las más propensas a ser evaluadas para IS, pero esto sin negar la importancia de muchos otros factores conocidos.

Como antecedentes, sabemos que las revisiones de las historias clínicas de las víctimas de suicidio que terminaron con sus vidas a las pocas horas o días de haber sido evaluadas por un profesional de la salud, mostraron los peligros de confiar demasiado en las admisiones de IS de los pacientes.

Un estudio reciente de enfermeras y médicos de urgencias mostró que la mayoría se sentía confiada al completar las pruebas de detección de IS, pero sólo el 7% de los médicos (residentes y asistentes) y el 37% de las enfermeras informaron que lo hacían todo el tiempo o la mayor parte del tiempo.



Las entrevistas de grupos focales con enfermeras de urgencias generaron escepticismo acerca de que el riesgo de suicidio pueda evaluarse de manera más confiable con una breve pregunta de herramienta de detección, como "¿Tiene pensamientos o planes para hacerse daño?" en comparación con el juicio de un médico.

Con la codificación se pretende mejorar la detección de suicidios durante el triage en el servicio de urgencias, donde se realizará un proceso iterativo y continuo de evaluación de IS, que incluya sondear, obtener, evaluar y reaccionar para identificar IS oculta.

Con respecto a los niños de 10 a 12 años que se presentaron en el servicio de urgencias fueron evaluados con Ask Suicide-Screening Questions (ASQ) y Suicidal Ideation Questionnaire. Los estudios muestran que la detección estuvo presente en el 54% de los pacientes cuya queja principal era psiquiátrica, pero la detección también mostró resultados positivos en el 7% que acudió al servicio de urgencias con quejas médicas principales. La tasa general de IS para estos preadolescentes fue del 29%, y el 17% informó haber tenido comportamientos suicidas previos.

El equipo interprofesional de urgencias debe tener en cuenta que algunas personas pueden expresar pensamientos suicidas de manera diferente o negar la IS cuando se les presenta en forma de herramienta de detección, y sentirse más cómodos al revelar cuando se les aborda en privado de una manera directa y con el fin de dar apoyo.

La literatura sugiere que todos los proveedores de atención médica en el servicio de urgencias se beneficien de una capacitación adicional para aumentar sus conocimientos, habilidades y confianza, a la hora de detectar, intervenir o realizar las referencias adecuadas, así como disminución del estigma relacionado al comportamiento suicida.

La familia, en muchos casos, puede ser de gran ayuda para evitar que el paciente permanezca solo en casa o las puertas queden cerradas,



eliminar acceso a sustancias tóxicas y fármacos, y tener especial cuidado en aquellas situaciones similares a la planificación identificada. Además, no solo pueden ayudarle a acompañarle a los servicios médicos y atender las posibles señales críticas, sino que mantener un contacto emocional cálido, sin ser invasivos ni agobiantes y facilitar la comprensión sobre lo que le ocurre a su familiar es fundamental.

En este sentido, es necesario tratar el tema del posible suicidio con mucho cuidado con los familiares. Para ellos suele ser una situación muy difícil de comprender y asimilar, así que se debe poner en marcha todas sus habilidades clínicas para ayudar a que este momento sea para ellos lo mejor posible. Por supuesto, además de esto, la explicación del profesional ha de ser muy clara con respecto a la ayuda que ellos pueden prestar y de esta manera, involucrarse en la protección del paciente.

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

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

**Completar un plan de seguridad** antes del alta del servicio de urgencias es muy útil para permitir que las personas identificadas sean contactadas y ayudar a que el entorno del hogar sea seguro. Esto puede incluir sacar las armas de fuego de la casa, guardar bajo llave medicamentos o cuchillos, etc. (ver anexo 8.6)



## 6 TRATAMIENTO: OBJETIVOS Y TÉCNICAS

Si bien la IS con intento grave de muerte es una emergencia clínica. Una revisión sistemática de las guías de práctica clínica incluía recomendaciones detalladas para el uso de factores de riesgo y factores de protección basados en la evidencia, pero solo el 80% proporcionó recomendaciones para evaluar la intención suicida, y cuando esto se mencionó, solo se abordó brevemente. Una brecha en todas las pautas fue la falta de inclusión de planes de seguridad impulsados por el paciente para ayudar a identificar apoyos, recursos y estrategias de afrontamiento. Otro vacío en la mayoría de las guías fue la omisión de estrategias de seguridad de la intervención ambulatoria, como la restricción del acceso a los medios.

### Creación de un plan de seguridad: mejores prácticas

**El plan de seguridad** se crea después de que se completa la evaluación de riesgos e incluye información recopilada por el profesional de la salud durante la entrevista, así como el llenado de una tarjeta denominada “corta fuego” (anexo 8.6) y las acciones indicadas y selectivas en la prevención del comportamiento suicida según la OMS.

- La colaboración entre el o la paciente, y el profesional sanitario es fundamental para que el plan sea específico y personalizado para cada individuo.

Un ejemplo de la planificación de seguridad utilizada y publicada en Green et al., (2018). Algunos ejemplos son de Green et al., otros se han agregado.

1. Señales de advertencia (ej., aislarme, beber alcohol, pensar que soy desagradable, sentirme como una carga).
2. Afrontamiento interno (ej., tocar la guitarra, meditar, jugar con mi perro, escuchar música).



3. Contactos sociales/Ubicaciones que sirven como distracciones (ej., Juan [número de teléfono], Ana [número de teléfono], ir al parque o caminar)
4. Familiares o amigos que pueden ofrecer ayuda (ej., madre [número de teléfono], padre [número de teléfono], amigo [número de teléfono])
5. Profesionales o agencias, atención de urgencias más cercana [dirección y número de teléfono], Línea de la vida.
6. Reducir el potencial de medios letales

### **Tecnología para reducir las tendencias suicidas**

- La OMS recomendó desarrollar tecnologías que puedan ser beneficiosas para ayudar a las personas que experimentan IS y que están en riesgo de suicidio.

Planes de seguridad añadidos a un sistema inteligente ecológico para smartphone o ambiente web: En México existe la experiencia donde se integró los planes de seguridad de los pacientes. Esto permitió que tanto los pacientes como todos los proveedores accedieron al plan las 24 horas del día, los 7 días de la semana y les dio a los pacientes la capacidad de enviar mensajes de forma segura a los proveedores de atención médica según sea necesario a través del sistema. La capacidad de modificar el plan como un documento vivo fue otro beneficio.

### **Limitación del acceso a medios letales**

- Reducir el acceso a medios letales es la mejor práctica y es consistente con varias teorías de tendencias suicidas.
- La documentación sugiere que se está aconsejando a pocos pacientes/familias de IS que eliminen o restrinjan el acceso a medios letales.
- Se necesita orientación clínica para identificar qué incluir en el asesoramiento sobre medios letales y capacitar a más profesionales de la salud para brindarlo.



La probabilidad de un suicidio con arma de fuego aumenta para todos en el hogar cuando hay un arma en el hogar, por lo que se debe brindar educación sobre la seguridad de las armas de fuego. Esto incluye mantener el arma almacenada descargada y en un lugar bajo llave, preferiblemente fuera del hogar si algún miembro de la familia tiene IS. La munición nunca debe almacenarse con el arma de fuego. Las tasas de suicidio con armas de fuego para los hombres son más altas que las mujeres en todo el mundo. Es menos probable que este grupo busque atención psiquiátrica, por lo que se ha sugerido que los profesionales de atención primaria, el personal del servicio de urgencias y los líderes comunitarios inicien acciones conjuntas para reducir los medios letales.

Se ha demostrado que es beneficioso capacitar formalmente al personal profesional de la salud sobre cómo asesorar a los pacientes y sus familias para reducir la evaluación a medios letales. Es más probable que los destinatarios reciban bien el mensaje, pero sin capacitación, las enfermeras informan que se muestran reacias porque no quieren parecer confrontadoras.

### **Consideraciones de seguridad ambiental**

Entorno domiciliario/residencial: el tratamiento de la ideación suicida se centra en mantener a la persona segura mientras se tratan las causas subyacentes. El entorno del tratamiento variará según la gravedad de las ideas y el riesgo de suicidio. Es importante conocer la naturaleza de los desencadenantes de SI para el individuo y su plan previsto para saber cómo salvaguardar su entorno, especialmente cuando el individuo es dado de alta.





## Terapia farmacológica

Como se mencionó anteriormente, la mayoría de los pacientes con IS tienen diagnósticos psiquiátricos. El tratamiento adecuado de la depresión, el trastorno bipolar y el trastorno límite de la personalidad es esencial. Esto puede incluir inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina, antidepresivos tricíclicos, litio, antipsicóticos, especialmente la olanzapina que pueden ser beneficiosos.

## Ketamina para la ideación suicida

Durante medio siglo, el tratamiento farmacológico de los trastornos depresivos mayores (TDM) se ha basado en la hipótesis de las monoaminas de la depresión. Esta teoría propone que una deficiencia de neurotransmisores sinápticos (ej., serotonina, dopamina, norepinefrina) produce síntomas depresivos, por lo que reponer la deficiencia sináptica aliviaría los síntomas. Sin embargo, este modelo no explica el período de latencia antes de que se logre el beneficio de los medicamentos antidepresivos ni la razón por la que aproximadamente un tercio de los pacientes con TDM no logran una reducción de los síntomas con los medicamentos. Los avances en neuroimagen han permitido a los investigadores identificar cambios estructurales y funcionales asociados con TDM y IS.

Las hipótesis más recientes ofrecen explicaciones que ayudan a explicar las limitaciones de los antidepresivos actuales y brindan una explicación más completa de los posibles mecanismos subyacentes. La diferencia en los mecanismos entre las respuestas al estrés agudo y crónico es de vital importancia, al igual que el papel de las vías glutamatérgicas. El glutamato es el principal neurotransmisor excitatorio del cerebro y es esencial en la regulación de las emociones, la cognición y el comportamiento. La exposición al estrés agudo desencadena un aumento de glutamato en la corteza prefrontal.



Esto conduce a una elevación breve del glutamato extracelular y elevaciones sostenidas de la fuerza sináptica y la activación de los receptores NMDA y los receptores del ácido propiónico  $\alpha$ -amino-3-hidroxi-5-metil-4-isoxazol (AMPA). La activación del receptor AMPA aumenta la liberación de factores neurotróficos derivados del cerebro (BDNF). Sin embargo, en las respuestas de estrés crónico ocurre lo contrario. La hipertrofia neuronal en el núcleo accumbens y la amígdala se asocia con un aumento de las respuestas de alarma mientras se compromete el funcionamiento ejecutivo. Los niveles de glutamato prefrontal disminuyen, la fuerza sináptica se reduce, los receptores NMDA y AMPA están menos activados y el glutamato extracelular permanece elevado. Esto interfiere con la neurotransmisión normal del glutamato al reducir la señalización intracelular en la corteza prefrontal y el hipocampo. Los niveles reducidos de factores neuroplásticos y neurotróficos contribuyen a los cambios neuronales morfológicos evidentes en TDM y víctimas de suicidio. Las dendritas neuronales se retraen, la ramificación en la corteza prefrontal disminuye.

La ketamina se introdujo en 1962 como un medicamento que proporcionaba analgesia, sedación y anestesia dependientes de la dosis sin suprimir la función respiratoria ni producir hipotensión. A pesar de estas ventajas, también se hizo evidente una grave limitación de la ketamina: produce experiencias psicoactivas, incluidas la despersonalización y las alucinaciones. La ketamina es un antagonista de los receptores AMPA y NMDA. Por lo tanto, aumenta el BDNF y promueve una rápida explosión de glutamato después de la administración. Esto conduce a un aumento en la fuerza sináptica y la activación en la corteza prefrontal, promueve la neurotransmisión de glutamato y mejora la conectividad sináptica prefrontal. En 2010, un ECA doble ciego de pacientes hospitalizados ( $n=33$ ) con TDM resistente al tratamiento mostró efectos rápidos y sólidos del tratamiento, con mejoras significativas evidentes a las pocas horas de la administración de ketamina IV (0,5 mg/kg).



Todos los participantes tenían antecedentes extensos, casi un tercio había intentado suicidarse y el 61% había endosado IS. Los participantes habían estado enfermos durante un promedio de 26 años, por lo que las mejoras significativas en la desesperanza, la ansiedad y la depresión fueron clínicamente importantes. Ensayos posteriores de dosis subanestésicas IV de ketamina (0,5 mg/kg) mostraron consistentemente efectos antidepresivos rápidos y sólidos en pacientes que no habían respondido a los antidepresivos, pero también hubo efectos secundarios, incluida la disociación. Una revisión sistemática y un metanálisis de la respuesta a la ketamina de 2018 (n = 5 estudios con 99 sujetos) mostraron que una dosis única de ketamina, ya sea administrada como bolo IV o infusión, produjo reducciones significativas en IS dentro de las 4 horas. Los metanálisis basados en modelos de efectos aleatorios mostraron un gran efecto (SMD=-0,92; IC del 95%: -1,40 a -0,44; p<0,001).

En una revisión sistemática reciente y un metanálisis de los datos de los participantes individuales (n= 167) de 10 ECA, se investigó si las reducciones del IS eran resultados independientes o secundarios a mejoras en el estado de ánimo. Todos los individuos tenían SI activo o pasivo al inicio (medido en una escala validada) y fueron tratados con una dosis única de ketamina IV. Veinticuatro horas después de la administración, hubo una disminución significativa en la gravedad de la SI de la mayoría de los participantes tanto en las medidas de resultado administradas por el médico (p<0,001) como en las autoinformadas (p<0,001). Se encontró que los tamaños del efecto eran de moderados a grandes (d de Cohen = 0,51–0,85) en todos los puntos temporales. El análisis de sensibilidad mostró que la ketamina se asoció con beneficios significativos en los ítems del IS en todas las escalas (todas p<0,001) pero no en el Inventario de Depresión de Beck (p=0,080). Esto sugiere que la ketamina puede ser beneficiosa en el tratamiento de IS independientemente de la depresión; sin embargo, se necesita más investigación.



La ketamina consta de dos moléculas de imagen especular denominadas enantiómeros. En marzo de 2019, una de las moléculas de imagen especular, el enantiómero S de la ketamina, llamado Esketamina (nombre comercial Spravato), recibió la designación de tratamiento innovador y de vía rápida por parte de la FDA, que aprobó su uso como aerosol nasal para TDM resistente al tratamiento. en adultos. Los efectos secundarios durante los ensayos de Esketamina incluyeron sedación, disociación, hipoestesia, vértigo, ansiedad, náuseas, sensación de ebriedad e hipertensión. La ketamina tiene un alto riesgo de abuso como droga recreativa, por lo que la Esketamina sólo está disponible para proveedores certificados dentro de un sistema de distribución monitoreado. El potencial de reacciones adversas a la Esketamina, incluida la posibilidad de un aumento paradójico de las complicaciones relacionadas con SI o CV, llevó a la FDA a exigir una estrategia de evaluación y mitigación de riesgos (REMS). Los pacientes deben continuar tomando otro antidepresivo mientras usan Esketamina, y se requerirá que los pacientes administren su dosis en un consultorio médico certificado donde se observará su respuesta durante dos horas después de la inhalación. Tanto el paciente como el proveedor deben firmar el formulario de inscripción del paciente que describe las precauciones de seguridad posteriores a la administración y un reconocimiento sobre el uso previsto y los posibles riesgos de la Esketamina. Se desconocen los efectos a largo plazo de la Esketamina, por lo que, sin duda, los resultados del tratamiento en curso con Esketamina seguirán siendo muy observados.

### **Clozapina para la ideación suicida en la esquizofrenia**

La clozapina, el primer antipsicótico atípico, fue aprobado por la FDA en 1972. Aunque tiene reacciones adversas potencialmente mortales, que incluyen agranulocitosis, toxicidad cardíaca y alteraciones del SNC, la evidencia anecdótica sugirió que redujo los suicidios en personas tratadas por esquizofrenia.



Un metanálisis basado en seis estudios mostró reducciones significativas en los suicidios ( $p < 0,0001$ ) y una reducción de aproximadamente tres veces en las conductas relacionadas con el suicidio. Sin embargo, no se entendió el mecanismo que produjo los resultados beneficiosos. Algunos sugirieron que la vigilancia más estrecha de los pacientes debido a las complicaciones potencialmente mortales tuvo un efecto positivo en los pacientes al aumentar su contacto con los profesionales de la salud. La evidencia de que la clozapina reduce el suicidio ya no se considera tan sólida como se creía en un principio. No obstante, la clozapina es notable porque sigue siendo el único medicamento que la FDA ha etiquetado para la prevención del suicidio, aunque solo en la esquizofrenia.

### Terapia electroconvulsiva

La terapia electroconvulsiva (TEC) se ha utilizado durante décadas para proporcionar un tratamiento rápido de la depresión unipolar o bipolar con IS grave, que no ha respondido a otros tratamientos o cuando un retraso es demasiado arriesgado. Sin embargo, los mecanismos de ECT que están asociados con mejoras en la depresión y la reducción de IS son poco conocidos. Un estudio reciente respalda la hipótesis de que al menos algún beneficio puede atribuirse a los cambios en la vía del triptófano-quinurenina (KP) inmunomoderada. Como se discutió en la sección de fisiopatología de este artículo, los metabolitos de KP se caracterizan como neuroprotectores o neurotóxicos. El análisis de los niveles séricos en sangre de los metabolitos neuroprotectores mostró aumentos tanto en la cantidad como en la proporción de metabolitos neuroprotectores a lo largo de los tratamientos con TEC.



## Ideación suicida y psicosis

El metanálisis de Chapman (2015) examinó si la expresión de IS estaba relacionada con suicidios posteriores en dos grupos diferentes de personas: adultos diagnosticados con trastornos del estado de ánimo (11 estudios que informaron sobre 860 suicidios) y adultos diagnosticados con trastornos psicóticos del espectro de la esquizofrenia (14 estudios que informaron sobre 567 suicidios). Los resultados mostraron que las personas con psicosis del espectro de la esquizofrenia que expresaron SI tenían un aumento de más de seis veces en el suicidio [14 estudios; Odds ratio (OR) 6,49, intervalo de confianza (IC) del 95% 3,82-11,02]. Mientras tanto, la asociación entre la expresión de SI y el suicidio entre pacientes con trastornos del estado de ánimo no fue significativa (11 estudios; OR 1,49, IC 95% 0,92-2,42).

Los autores concluyeron que estos riesgos elevados excedían lo que podría explicarse por la coexistencia de psicopatología, sugiriendo que los profesionales de la salud deben estar alertas al riesgo de IS en cualquier persona con antecedentes de episodios psicóticos.

El episodio psicótico se considera una urgencia médica en un principio y se deben descartar múltiples causas orgánicas.

## 7. COMENTARIOS FINALES

Pese la creciente normalización del tema del suicidio y mayor presencia de instituciones y centros que trabajan para prevenir esta problemática, existen aún datos que señalan un porcentaje mayoritario de personas en riesgo de suicidio que no buscan ayuda, pero lo que es más grave, más de la mitad de los individuos que han intentado suicidarse ya habían contactado con los servicios de salud mental.



Estos datos unidos al incremento de las cifras de suicidio en el mundo y entre las y los jóvenes, pone de manifiesto la necesidad de que los profesionales sanitarios mejoren la evaluación y la intervención para reducir el riesgo de suicidio al mismo tiempo que se facilita la prevención. En este sentido, como personal sanitario es nuestro papel asumir la responsabilidad de la explicación y la propuesta de protocolos claros que ayuden a reducir este grave problema bio-psico-social.



## 8. BIBLIOGRAFÍA

- Arenas-Castañeda PE, Aroca Bisquert F, Martinez-Nicolas I, et al Tamizaje universal de salud mental con enfoque en conducta suicida usando teléfonos inteligentes en una comunidad rural mexicana: protocolo para la encuesta poblacional SMART-SCREEN Abierto BMJ2020;10:e035041.doi:10.1136/bmjopen-2019-035041
- Ayalon L, Litwin H. What cognitive functions are associated with passive suicidal ideation? Findings from a national sample of community dwelling Israelis. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2009 May;24(5):472-8. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)]
- Baca-Garcia E, Perez-Rodriguez MM, Oquendo MA, Keyes KM, Hasin DS, Grant BF, Blanco C. Estimating risk for suicide attempt: are we asking the right questions? Passive suicidal ideation as a marker for suicidal behavior. *J Affect Disord*. 2011 Nov;134(1-3):327-32. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)]
- Barry LC, Wakefield DB, Trestman RL, Conwell Y. Active and Passive Suicidal Ideation in Older Prisoners. *Crisis*. 2016 Mar;37(2):88-94. [[PubMed](#)]
- Bartoli F, Pompili M, Lillia N, Crocamo C, Salemi G, Clerici M, Carrà G. Rates and correlates of suicidal ideation among stroke survivors: a meta-analysis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2017 Jun;88(6):498-504. [[PubMed](#)]
- Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation. *J Consult Clin Psychol*. 1979 Apr;47(2):343-52. [[PubMed](#)]
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B., y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Nueva York: Guilford Press.





Bennett K, Rhodes AE, Duda S, Cheung AH, Manassis K, Links P, Mushquash C, Braunberger P, Newton AS, Kutcher S, Bridge JA, Santos RG, Manion IG, McLennan JD, Bagnell A, Lipman E, Rice M, Szatmari P. A Youth Suicide Prevention Plan for Canada: A Systematic Review of Reviews. *Can J Psychiatry*. 2015 Jun;60(6):245-57. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)]

Berman AL, Silverman MM. ¿Cómo preguntar sobre el suicidio? Una pregunta que necesita una respuesta empírica. *Crisis* 2017 julio; 38 (4):213-216 [[PubMed](#)]

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

Código 100. Madrid. <https://www.fsme.es/centro-de-documentaci%C3%B3n-sobre-conducta-suicida/programas-de-prevencion/codigo-100/>

[Código 100: estudio sobre comportamiento suicida en lugares públicos.](#)  
Lopez-Castroman J, Mendez-Bustos P, Perez-Fominaya M, Villoria LB, Zamorano MJ, Molina CA *Actas Esp Psiquiatr*. 2015 julio-agosto; 43 (4): 142-8. Epub 2015 1 de julio.

Códigos de activación en urgencias y emergencias. La utilidad de priorizar  
X. Jiménez Fàbrega1, J.L. Espila Sistema d'Emergències Mèdiques de Catalunya (SEM).

Cheung G, Edwards S, Sundram F. Death wishes among older people assessed for home support and long-term aged residential care. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2017 Dec;32(12):1371-1380. [[PubMed](#)]

Dadiomov D, Lee K. The effects of ketamine on suicidality across various formulations and study settings. *Ment Health Clin*. 2019 Jan;9(1):48-60. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)]

DeCou CR, Comtois KA, Landes SJ. Dialectical Behavior Therapy Is Effective for the Treatment of Suicidal Behavior: A Meta-Analysis. *Behav Ther*. 2019 Jan;50(1):60-72. [[PubMed](#)]



Erlangsen A, Stenager E, Conwell Y. Physical diseases as predictors of suicide in older adults: a nationwide, register-based cohort study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2015 Sep;50(9):1427-39. [[PubMed](#)]

Fässberg MM, Cheung G, Canetto SS, Erlangsen A, Lapierre S, Lindner R, Draper B, Gallo JJ, Wong C, Wu J, Duberstein P, Wærn M. A systematic review of physical illness, functional disability, and suicidal behaviour among older adults. *Aging Ment Health*. 2016;20(2):166-94. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)]

Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental. Suicidio y psiquiatría. Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida. Madrid: Triacastela; 2011. p. 186

Glenn CR, Kleiman EM, Cha CB, Deming CA, Franklin JC, Nock MK. Comprender el riesgo de suicidio dentro del marco de los Criterios de dominio de investigación (RDoC): una revisión metaanalítica. *Ansiedad depresiva*. 2018 enero; 35(1): 65-88. [[Artículo gratuito de PMC](#)] [[PubMed](#)]

Goodfellow B, Kölves K, de Leo D. Nomenclaturas contemporáneas de comportamientos suicidas: una revisión sistemática de la literatura. *Comportamiento de amenaza de vida suicida*. 2018 junio; 48 (3):353-366. [[PubMed](#)]

Holmes SE, Hinz R, Conen S, Gregory CJ, Matthews JC, Anton-Rodriguez JM, Gerhard A, Talbot PS. Elevated Translocator Protein in Anterior Cingulate in Major Depression and a Role for Inflammation in Suicidal Thinking: A Positron Emission Tomography Study. *Biol Psychiatry*. 2018 Jan 01;83(1):61-69. [[PubMed](#)]

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

Koda M, Harada N, Eguchi A, Nomura S, Ishida Y. Motivos del suicidio durante la pandemia de COVID-19 en Japón. *JAMA*. 2022;5(1):e2145870.doi:10.1001/jamannetworkopen.2021.45870



Kuhlman KR, Chiang JJ, Horn S, Bower JE. Developmental psychoneuroendocrine and psychoneuroimmune pathways from childhood adversity to disease. *Neurosci Biobehav Rev.* 2017 Sep;80:166-184. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)]

Lutz J, Morton K, Turiano NA, Fiske A. Health Conditions and Passive Suicidal Ideation in the Survey of Health, Ageing, and Retirement in Europe. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2016 Sep;71(5):936-46. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)]

Maulik PK, Devarapalli S, Kallakuri S, Praveen D, Jha V, Patel A. Systematic Medical Appraisal, Referral and Treatment (SMART) Mental Health Programme for providing innovative mental health care in rural communities in India. *Glob Ment Health (Camb).* 2015;2:e13. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)]

Menke A. Is the HPA Axis as Target for Depression Outdated, or Is There a New Hope? *Front Psychiatry.* 2019;10:101. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)]

Molina N, Viola M, Rogers M, Ouyang D, Gang J, Derry H, Prigerson HG. Suicidal Ideation in Bereavement: A Systematic Review. *Behav Sci (Basel).* 2019 May 14;9(5) [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)]

Obegi JH. Repensar el trastorno de la conducta suicida. *Crisis.* 2019 mayo; 40 (3):209-219. [[PubMed](#)]

O'Connor DB, Green JA, Ferguson E, O'Carroll RE, O'Connor RC. Cortisol reactivity and suicidal behavior: Investigating the role of hypothalamic-pituitary-adrenal axis responses to stress in suicide attempters and ideators. *Psychoneuroendocrinology.* 2017 Jan;75:183-191. [[PubMed](#)]

O'Connor RC, Kirtley OJ. The integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci.* 2018 Sep 05;373(1754) [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)]



O'Connor RC, Portzky G. The relationship between entrapment and suicidal behavior through the lens of the integrated motivational-volitional model of suicidal behavior. *Curr Opin Psychol.* 2018 Aug;22:12-17. [[PubMed](#)]

Oexle N, Rüschi N. Stigma – Risikofaktor und Konsequenz suizidalen Verhaltens : Implikationen für die Suizidprävention [Stigma - risk factor and consequence of suicidal behavior : Implications for suicide prevention]. *Nervenarzt.* 2018 Jul;89(7):779-783. German. doi: 10.1007/s00115-017-0450-8. PMID: 29147725.

Okolie C, Dennis M, Simon Thomas E, John A. A systematic review of interventions to prevent suicidal behaviors and reduce suicidal ideation in older people. *Int Psychogeriatr.* 2017 Nov;29(11):1801-1824. [[PubMed](#)]

Oquendo MA, Baca-Garcia E. El trastorno de conducta suicida como entidad diagnóstica en el sistema de clasificación DSM-5: las ventajas superan las limitaciones. *Psiquiatría Mundial.* 2014 junio; 13 (2):128-30. [[Artículo gratuito de PMC](#)] [[PubMed](#)]

Oquendo MA, Currier D, Mann JJ. Prospective studies of suicidal behavior in major depressive and bipolar disorders: what is the evidence for predictive risk factors? *Acta Psychiatr Scand.* 2006;114:151-8.

Organización Mundial de la Salud (2006). Prevención del suicidio. Recursos para consejeros. Recuperado de: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594314\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594314_spa.pdf)

Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio (SUPRE) <http://www.who.int>.

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

Pistone I, Beckman U, Eriksson E, Lagerlöf H, Sager M. The effects of educational interventions on suicide: A systematic review and meta-analysis. *Int J Soc Psychiatry.* 2019 Aug;65(5):399-412. [[PubMed](#)]



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

Posner K, Brown GK, Stanley B, et al. La escala de calificación de gravedad del suicidio de Columbia: validez inicial y hallazgos de consistencia interna de tres estudios multicéntricos con adolescentes y adultos. Am J Psiquiatría. 2011; 168: 1266–77. [[Artículo gratuito de PMC](#)] [[PubMed](#)]

Posner K, Oquendo MA, Gould M, et al. Algoritmo de clasificación de Columbia para la evaluación del suicidio (C-CASA): clasificación de eventos suicidas en el análisis de riesgo de suicidio pediátrico de los antidepresivos de la FDA. Am J Psiquiatría. 2007; 164: 1035–43. [[Artículo gratuito de PMC](#)] [[PubMed](#)]

Regier DA, Kuhl EA, Kupfer DJ. El DSM-5: clasificación y cambios de criterio. Psiquiatría Mundial. 2013; 12, 92–8. [[Artículo gratuito de PMC](#)] [[PubMed](#)]

Rizk MM, Galfalvy H, Singh T, Keilp JG, Sublette ME, Oquendo MA, Mann JJ, Stanley B. Toward subtyping of suicidality: Brief suicidal ideation is associated with greater stress response. J Affect Disord. 2018 Apr 01;230:87-92. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)]

Robins E, Guze SB. Establecimiento de la validez diagnóstica en enfermedades psiquiátricas: su aplicación a la esquizofrenia. Am J Psiquiatría. 1970; 126 :983–7. [[PubMed](#)]

Rodríguez-Prat A, Balaguer A, Crespo I, Monforte-Royo C. Feeling like a burden to others and the wish to hasten death in patients with advanced illness: A systematic review. Bioethics. 2019 May;33(4):411-420. [[PubMed](#)]

Sale E, Hendricks M, Weil V, Miller C, Perkins S, McCudden S. Counseling on Access to Lethal Means (CALM): An Evaluation of a Suicide Prevention Means Restriction Training Program for Mental Health Providers. Community Ment Health J. 2018 Apr;54(3):293-301. [[PubMed](#)]



Serafini G, Adavastro G, Canepa G, Capobianco L, Conigliaro C, Pittaluga F, Murri MB, Valchera A, De Berardis D, Pompili M, Lindqvist D, Brundin L, Amore M. Abnormalities in Kynurenine Pathway Metabolism in Treatment-Resistant Depression and Suicidality: A Systematic Review. *CNS Neurol Disord Drug Targets*. 2017;16(4):440-453. [[PubMed](#)]

Suicide and suicide risk Gustavo Turecki, David A. Brent<sup>2</sup>, David Gunnell, Rory C. O'Connor, Maria A. Oquendo, Jane Pirkis<sup>7</sup>and Barbara H. Stanley. <https://doi.org/10.1038/s41572-019-0121-0>

Suzuki H, Ohgidani M, Kuwano N, Chrétien F, Lorin de la Grandmaison G, Onaya M, Tominaga I, Setoyama D, Kang D, Mimura M, Kanba S, Kato TA. Suicide and Microglia: Recent Findings and Future Perspectives Based on Human Studies. *Front Cell Neurosci*. 2019;13:31.[[PMC free article](#)] [[PubMed](#)]

Szücs A, Szanto K, Aubry JM, Dombrovski AY. Personality and Suicidal Behavior in Old Age: A Systematic Literature Review. *Front Psychiatry*. 2018;9:128. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)]

The American Association of Suicidology <http://www.suicidology.org/>  
Torrice, E; Remesal, R; Villas, M.A., (2009). El suicidio en la Población Adulta. Séptima Edición. Focad (COP)

Van Orden KA, Conwell Y. Issues in research on aging and suicide. *Aging Ment Health*. 2016;20(2):240-51. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)]

Van Wijngaarden E, Leget C, Goossensen A. Caught between intending and doing: older people ideating on a self-chosen death. *BMJ Open*. 2016 Jan 18;6(1):e009895. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)]

Witt K, Spittal MJ, Carter G, Pirkis J, Hetrick S, Currier D, Robinson J, Milner A. Effectiveness of online and mobile telephone applications ('apps') for the self-management of suicidal ideation and self-harm: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2017 Aug 15;17(1):297. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)]



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

**STCONSAME**  
SECRETARIADO TÉCNICO DEL  
CONSEJO NACIONAL DE SALUD MENTAL

Secretaría de Salud  
Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud  
Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental

World Health Organization (2012). Suicide Prevention: SUPRE The Worldwide initiative for the prevention of suicide. Recuperado de:  
[http://  
www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent/en](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en)





## 9. ANEXOS

- 8.1 Listado de posibles problemas y sugerencia de soluciones exploración psicopatológica breve
- 8.2 Exploración psicopatológica breve
- 8.3 Lista de factores de riesgo y protección
- 8.4 Agitación Psicomotriz
- 8.5 Manejo Farmacológico de ideación suicida
- 8.6 Plan de seguridad / tarjeta cortafuego.

### 9.1 Listado de posibles problemas y sugerencia de soluciones

#### **- Cuando la vida es realmente mala**

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

#### **- Se autolesiona repetidamente**

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

#### **- El riesgo permanece alto**

Si la intervención psicológica no es suficiente para mantener a la persona a salvo o no se observan mejorías, se debe considerar otros tipos de intervención. Si el riesgo es muy alto, se debe referir a





psiquiatría (si no se ha llevado a cabo aún), donde podrán decidir ingreso hospitalario.

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

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

**9.2 Exploración psicopatológica breve.**

<b>CONCIENCIA</b>	<b>ORIENTACIÓN</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipervigilia.</li> <li>• Somnolencia, obnubilación, sopor, coma.</li> <li>• Estados crepusculares, delirium o SCA.</li> <li>• Anosognosia, miembro fantasma, heautoscopia.</li> <li>• Despersonalización, desdoblamiento/ disolución/demarcación yo, conciencia identidad.</li> <li>• Cuerpo disociado, yo carente alma.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desorientación orgánica (tiempo, espacio, persona).</li> <li>• Falsa orientación.</li> <li>• Doble orientación.</li> </ul>
<b>ATENCIÓN</b>	<b>MEMORIA</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hiperprosexia, despolarización afectiva / autismo.</li> <li>• Hipo/aprosexia, labilidad atenta emocional, fatigabilidad atenta, pseudoaprosexia, paraprosexia, perplejidad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipermnesias.</li> <li>• Hipomnesias, amnesias (anterógrada o fijación; retrógrada o evocación).</li> <li>• Alomnesia, paramnesia (confabulación), criptomnesia.</li> </ul>
<b>INTELIGENCIA</b>	<b>PSICOMOTRICIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oligofrenias.</li> <li>• Pseudodemencias.</li> <li>• Demencias.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estereotipias motoras, acatisia, inquietud psicomotora, agitación.</li> <li>• Bradicinesia, estupor, catatonía, catalepsia.</li> <li>• Actividad delirante ocupacional, ceremoniales obsesivos, actos en cortocircuito, negativismo, ecopraxia.</li> </ul>
<b>AFECTIVIDAD</b>	<b>LENGUAJE</b>





<ul style="list-style-type: none"> <li>• Humor maniaco (hipertimia, euforia, labilidad afectiva, ánimo expansivo).</li> <li>• Humor depresivo (hipotimia, astenia, apatía, indiferencia afectiva, anhedonia, disforia).</li> <li>• Humor ansioso (ansiedad/angustia: fisiológico, cognitivo y conductual).</li> <li>• Irritabilidad, paratimia, incontinencia afectiva, ambitimia, alexitimia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mutismo.</li> <li>• Taquifemia/bradifemia, espasmofemia, musitación.</li> <li>• Neologismos, paralogismos, ensalada de palabras, asociaciones laxas de ideas.</li> <li>• Disartria.</li> <li>• Estereotipia verbal, verbigeración, ecolalia, coprolalia.</li> </ul>
<b>PENSAMIENTO (CURSO)</b>	<b>PENSAMIENTO (CONTENIDO)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Taquipsiquia, fuga de ideas, pensamiento saltígrado.</li> <li>• Asociación por asonancia.</li> <li>• Bradipsiquia, bloqueo del pensamiento.</li> <li>• Circunstancialidad, tangencialidad.</li> <li>• Pensamiento prolijo, disgregación, incoherencia, alogia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ideas sobrevaloradas.</li> <li>• Ideas obsesivas.</li> <li>• Fobias.</li> <li>• Ideas delirantes primarias (percepción, ocurrencia delirante y trema); ideas delirantes secundarias (contenidos, sistematización).</li> <li>• Difusión, inserción, robo y lectura del pensamiento.</li> </ul>
<b>SENSOPERCEPCIÓN</b>	<b>VOLUNTAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipoestusias, hiperestusias.</li> <li>• Desrrealización.</li> <li>• Dismegalopsias, dismorfopsias, heautometamorfopsia.</li> <li>• Escisión, sinestesia.</li> <li>• Ilusiones.</li> <li>• Alucinaciones (complejidad, esfera sensorial).</li> <li>• Alucinaciones hipnagógicas/hipnopómpicas; funcionales; reflejas; autoscópica.</li> <li>• Pseudoalucinaciones, alucinosis.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actos impulsivos.</li> <li>• Actos en cortocircuito.</li> <li>• Compulsiones.</li> <li>• Hipo / abulia.</li> <li>• Obediencia automática.</li> <li>• Ambitendencia.</li> </ul>
	<b>INSIGHT</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conciencia de sufrir una enfermedad.</li> <li>• Procesos atribucionales.</li> </ul>
<b>INSTINTO DE VIDA</b>	<b>SUEÑO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pensamientos suicidas, conductas autolesivas, mutilaciones.</li> <li>• Intento de suicidio (frustrado, parasuicidio).</li> <li>• Suicidio consumado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disomnias (insomnio, hipersomnias, cataplejía, narcolepsia, apnea del sueño).</li> <li>• Parasomnias (pesadillas, terrores nocturnos, sonambulismo, enuresis, bruxismo).</li> </ul>
<b>CONDUCTA ALIMENTARIA</b>	<b>PULSIONES AGRESIVAS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bulimia, polidipsia psicógena.</li> <li>• Rechazo alimentario, anorexia, adiposidad.</li> <li>• Disorexia, pica, mericismo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auto/heteroagresividad.</li> <li>• Actos impulsivos.</li> </ul>
<b>SEXUALIDAD</b>	<b>RASGOS DE PERSONALIDAD</b>



<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disfunciones sexuales (deseo sexual hipoactivo, erotomanía; impotencia; anorgasmia, eyaculación precoz, dispareunia, vaginismo).</li> <li>• Parafilias (fetichismo, exhibicionismo, masoquismo, sadismo, paidofilia, zoofilia...).</li> <li>• Identidad sexual (transexualismo).</li> <li>• Homosexualidad egodistónica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grupo A (paranoide, esquizoide, esquizotípico).</li> <li>• Grupo B (antisocial, límite, histriónico, narcisista).</li> <li>• Grupo C (evitación, dependencia, obsesivo-compulsivo).</li> </ul>
--	---

### 9.3 Lista de factores de riesgo y protección de conducta

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

<b>Factores de riesgo</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hombre</li> <li>• Soltero</li> <li>• Viudo</li> <li>• Divorciado/separado</li> <li>• Edad avanzada</li> <li>• Depresión* (mayor riesgo)</li> <li>• Esquizofrenia</li> <li>• Alcoholismo*</li> <li>• Adicción a sustancias propia* (o familiar)</li> <li>• Presencia de trastorno cerebral orgánico (por ejemplo, epilepsia, daño cerebral, demencia)</li> <li>• Trastorno de personalidad (especialmente relacionados con sociopatía, impulsividad, agresión, inestabilidad emocional)</li> <li>• Problemas de ansiedad</li> <li>• Psicosis*</li> <li>• Desesperanza*</li> <li>• Intentos previos de intentos de suicidio o autolesiones*</li> <li>• Aislamiento* o rechazo social</li> <li>• Enfermedad física (posibles consecuencias vitales, crónica o que debilite)*</li> <li>• Desempleado o retirado</li> <li>• Historia familiar de trastornos del estado de ánimo, alcoholismo o suicidio*</li> <li>• Duelo, pérdida reciente o preocupación con el aniversario de una pérdida traumática*</li> <li>• Duelo infantil</li> <li>• Desestabilización familiar debido a una pérdida, abuso personal o sexual, o violencia*</li> <li>• Trauma reciente (físico o psicológico)*</li> <li>• Plan específico de suicidio formulado*</li> <li>• Abandono de pertenencias preciadas o cierre de asuntos*</li> <li>• Cambios radicales en el comportamiento o estado de ánimo*</li> </ul>	



- Exhibición de una o más emociones negativas intensas poco características\*
- Preocupación por abuso pasado\*
- Altas expectativas propias
- Interés en tema de muerte
- Relación abusiva presente
- Intoxicación
- Si se trata de adolescentes: ruptura familiar o conflicto, padres vistos como hostiles o indiferentes o con expectativas muy altas o muy controladores, pocas habilidades comunicativas, de relaciones con iguales o rendimiento, conducta antisocial y suicidio reciente de un amigo o familiar

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

### 9.4 Agitación Psicomotriz

Entendemos por agitación psicomotriz un síndrome con diferentes etiologías consistente en un estado de exaltación motora (inquietud, gesticulación, deambulación...) compuesto por movimientos automáticos o intencionales pero que en general carecen de un objetivo común.

Es importante distinguir el paciente agitado del paciente agresivo. Este último presenta hostilidad y tendencia a la destrucción pudiendo llegar a presentar auto y/o heteroagresividad. Estos pacientes presentarían dificultades en el control de impulsos en cambio en el paciente agitado se trataría de una alteración de la psicomotricidad.

Por lo tanto, es importante saber que la agresión no es un síntoma principal de la agitación y que la frecuencia con que la agitación está asociada a la agresión se desconoce. Se han realizado varios estudios





dónde se ha demostrado que la prevalencia de presentar conductas violentas hacia otros individuos en los hospitales psiquiátricos antes del ingreso es aproximadamente del 10%.

La agitación psicomotriz está considerada como una urgencia psiquiátrica y por lo tanto requiere una respuesta rápida y coordinada del personal sanitario, lo que evitará un incremento de ansiedad y probable.





## Etiología

Como hemos comentado, la agitación psicomotriz puede ser manifestación de diferentes trastornos, tanto psiquiátricos como somáticos. Por este motivo, el primer paso a seguir ante un episodio de agitación psicomotriz consistiría en realizar un correcto diagnóstico etiológico.

## Agitación Psiquiátrica

Habitualmente el paciente tiene antecedentes psiquiátricos previos y presenta clínica característica de alguna patología psiquiátrica, por ejemplo alucinaciones auditivas (raramente visuales que son más propias como ya se ha comentado previamente de las agitaciones orgánicas), ideación delirante de perjuicio (esquizofrenia, trastorno delirante...) o megalomaníaca (manía), alteraciones de la afectividad (disforia, euforia...), hostilidad o agresividad, discurso vociferante, verborreico o disgregado, etc.

En este caso, no existen alteraciones en el nivel de conciencia ni en la orientación y normalmente el cuadro no suele fluctuar

Se combina enfermedad psiquiátrica con orgánica, generalmente como consecuencia de intoxicaciones etílicas y/o por otros tóxicos.

## Agitación Mixta

Tanto los pacientes afectos de demencia como de retraso mental es frecuente que presenten episodios de agitación psicomotriz como respuesta a un malestar subjetivo como dolor, fiebre, estreñimiento o cualquier otro síntoma que le genere molestias.

Psiquiátrica	
Psicótica: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo.</li> <li>– Episodio maníaco.</li> <li>– Episodio depresivo: en casos de depresión agitada que suele ser más frecuente en ancianos y niños.</li> <li>– Trastorno delirante (paranoia).</li> </ul>	No psicótica: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Crisis de angustia.</li> <li>– Trastornos de la personalidad principalmente histriónica, límite y paranoide.</li> <li>– Alteración de conducta en pacientes con retraso mental o demencia (distinguir del <i>delirium</i> superpuesto a la demencia).</li> </ul>





### No psiquiátrica

Situación desencadenada por un estresor agudo como por ejemplo reacciones de duelo, situaciones catastróficas (inundaciones, incendios, violaciones...) y situaciones de desconexiones ambientales (UCI...).

El primer paso por seguir ante una agitación psicomotriz sería intentar mantener la integridad física del paciente y del personal que le atiende manteniendo una distancia de seguridad prudencial con el paciente, preservando una vía de salida de fácil acceso y realizando la entrevista en un lugar tranquilo, sin sobrestimulación externa, alejado de otros pacientes, y, sobre todo, donde no existan instrumentos que puedan utilizarse como armas. Debemos solicitar la colaboración de auxiliares, personal de seguridad o policía antes de empezar la exploración psicopatológica si sospechamos una posible agitación por parte del paciente.

Un segundo paso para seguir, consiste en valorar la presencia de síntomas somáticos de riesgo vital que requiriesen intervención más inmediata (deterioro de constantes vitales, alteración de la conciencia y/o presencia de alucinaciones visuales).

En la medida de lo posible tiene que llevarse a cabo una exploración general del paciente a nivel somático junto con una valoración neurológica y, si los medios nos lo permiten, realización de una bioquímica y biometría hemática.

### Contención verbal

Debe recogerse la máxima información posible del paciente, familiares o acompañantes para la correcta filiación del caso, por este motivo éste sería el primer paso dentro de todo proceso. Es importante mostrar interés por su problema, empatizar y en algunos casos puede ser beneficioso ganarse su confianza preguntando cuestiones no relacionadas con el motivo de su presencia a urgencias. Se debe mantener un tono de voz suave, calmado, seguro y firme. No se deben tener prejuicios. No conviene situarse por encima del nivel del paciente ya que esto puede ser interpretado como una provocación.

## Contención mecánica

Esta medida es necesaria en primer lugar si el paciente presenta un peligro para sí mismo y para otras personas y cuando se precisa la realización de una exploración física y/u obtención de pruebas complementarias para un abordaje etiológico del cuadro. De manera periódica se deberá comprobar su estado para garantizar su comodidad y seguridad ya que, en ocasiones, el uso de la contención exclusivamente mecánica puede causar más daño orgánico y originar complicaciones, incluyendo la hipertermia y rabiomíolisis. Para prevenir esta última complicación, será necesaria la correcta hidratación del paciente. Si la contención es prolongada, se deberá administrar heparina subcutánea para prevenir la trombosis venosa profunda. Habitualmente la contención mecánica se asocia a la contención química.

## Contención Farmacológica

Fármaco	Dosis	Indicaciones	Efectos adversos
Haloperidol	1 ampolla 5 mg (hasta 100 mg/día im).	Repetir cada 30-45 min.	Síntomas extrapiramidales Umbral convulsivo.
Levomepromazina	1 ampolla 25 mg im.	Repetir cada 2-4 h	Anticolinérgicos. Sedación.
Clorpromazina	1 ampolla 25 mg im.	Repetir cada 2-4 h.	Anticolinérgicos. Sedación.
Risperidona	0,5-2 mg vo. (gotas o flas).	Repetir cada 2-4h.	Síntomas extrapiramidales en menor medida.
Olanzapina	- 1 ampolla 10 mg im. - 5-10 mg cp o velotab.	Repetir cada 2-4 h.	Anticolinérgicos. Sedación menos intensa.
Ziprasidona	10-20 mg im.	- Repetir 10 mg cada 2 h. - Dosis máx: 40 mg/día.	Alarga el QT. Escasa sedación.





Benzodiazepinas	Vía oral: – lorazepam 1-2 mg. – diazepam 5-10 mg. – clonazepam 0,5-2 mg. Vía im.: – clorazepato 25-50 mg.	Poco indicadas, salvo en caso de: – <i>delirium tremens</i> . – abstinencia a benzodiazepinas. – intoxicación por estimulantes.	Depresión SNC. Confusión (la absorción im. es errática).
-----------------	---	--	---

<b>Cuadros leves o moderados</b>		
<b>Fármaco</b>	<b>Dosis</b>	<b>Comentarios</b>
Midazolam	2,5-15 mg im.	Corta duración.
Diazepam	5-10 mg vo. o im.	Absorción im. errática.
Lorazepam	2-5 mg vo.	Vida media corta (indicada especialmente en ancianos).
Clonazepam	0,5-2 mg vo. (en gotas) o im.	Absorción im. completa aunque inconsistente.
Clorazepato dipotásico	20-50 mg vo. o im.	Dosis máxima 100 mg/8 h.
Risperidona	1-4 mg gotas, flas o comprimido.	Solo vo. Dosis máxima 16 mg/d.
Olanzapina	5-20 mg comprimido o velotab.	Dosis máxima 30 mg/d.
<b>Cuadros severos</b>		
<b>Fármaco</b>	<b>Dosis</b>	<b>Comentarios</b>
Olanzapina	1 ampolla de 10 mg. Dosis inicial de 5-10 mg.	Repetir 2ª inyección: 2 h. 3ª inyección: 4 h. Dosis máxima 30 mg/d.
Ziprasidona	1 ampolla de 20 mg. Dosis inicial de 10 mg (20 mg en algunos pacientes).	2ª inyección a las 2 horas. Dosis máxima 40 mg/d.
Aripiprazol	1 ampolla de 9,75 mg. Dosis inicial 9,75 mg.	2ª inyección a las 2 h. Máximo 3 inyecciones en 24 h.
Zuclopentixol acufase	1 ampolla contiene 50 mg.	Dosis: 50-150 mg/48-72 h. Se puede repetir en 3 días.
Haloperidol + lorazepam	1 ampolla 5 mg + 1 ampolla 2 mg.	Haloperidol repetible cada 30-45 min, el resto cada 2-4 h.
Haloperidol + clonazepam	1 ampolla 5 mg + 1 ampolla 1 mg.	
Haloperidol + levomepromazina y/o clorpromazina + biperideno	1 ampolla 5 mg + 1 ampolla 25 mg + 1 ampolla 5 mg.	



## 9.5 Manejo Farmacológico de Ideación Suicida.

### LITIO

#### Dosis usual en adultos y niños mayores de 12 años:

400 a 1600 mg al día, ajustando la dosis diaria en función de la respuesta clínica.

No se recomienda su uso en niños menores de 12 años.

Los pacientes ancianos necesitan una menor dosis inicial y un ajuste más gradual de la dosis. Se recomienda un control clínico especial.

Debe ingerirse el medicamento entero, pudiendo ayudar la ingestión con agua u otro líquido.

#### Trastorno Depresivo Mayor (MDD) con Comportamiento o Pensamientos Suicidas Agudos Esketamina

##### Aspectos terapéuticos

- **Clase**
  - Antagonista no competitivo del receptor de N-metil-D-aspartato (NMDA)
- **Uso en servicio de urgencias**
  - Para el tratamiento de Síntomas depresivos en adultos con trastorno depresivo mayor (MDD) con comportamiento o pensamientos suicidas agudos (FDA)
- **Mecanismo de acción**
  - Se considera que Esketamina es un modulador de la actividad glutamatérgica, lo cual restaura la función sináptica en las regiones cerebrales afectadas por el Trastorno Depresivo Mayor.
- **¿Cuánto tiempo tarda en actuar?**
  - Se ha demostrado beneficio desde las primeras 24 horas posteriores a la administración, convirtiéndolo en un fármaco de utilidad en situaciones de urgencias.
- **¿Cuál es el esquema de uso?**
  - Esketamina debe administrarse junto con un antidepresivo oral. La dosis recomendada de Esketamina para el tratamiento de los síntomas depresivos en adultos con Trastorno Depresivo Mayor con comportamiento o pensamientos suicidas agudos es de 84 mg dos veces por semana (en días no consecutivos) durante 4 semanas. La dosis se puede reducir a 56 mg dos veces por semana sobre la base de la tolerabilidad.
  - El uso de Esketamina no excluye la necesidad de hospitalización si está clínicamente justificada, incluso si los pacientes experimentan una mejoría después de una dosis inicial. El médico deberá evaluar y justificar si procede o no con la hospitalización médica dependiendo el riesgo individual de cada paciente, así como el tiempo de estancia en caso de que encuentre justificada dicha indicación.

##### Perfil de seguridad

- **Sedación:**
  - Los pacientes tienen riesgo de sedación después de la administración de Esketamina.
  - Dicha sedación se resuelve espontáneamente a los 120 minutos posteriores a la aplicación y no involucra una depresión cardio respiratoria.
- **Disociación:**
  - Los pacientes tienen riesgo de experimentar cambios disociativos o en la percepción después de la administración de Esketamina.
  - Este evento adverso es de intensidad leve a moderada en la mayoría de los casos, disminuye con las aplicaciones subsecuentes, tiene su mayor intensidad los 40 minutos y se resuelve espontáneamente a los



120 minutos posteriores a la aplicación.

- **Aumento de la presión arterial**
  - Esketamina provoca aumentos en la presión arterial (PA) sistólica y/o diastólica en todas las dosis recomendadas.
  - La mayor elevación se produce a los 40 minutos y se resuelve espontáneamente a los 120 minutos posteriores a la aplicación en la mayor parte de los casos.
- **Uso de maquinaria y automóviles**
  - Antes de la administración de Esketamina, informe a los pacientes que no deben participar en actividades potencialmente peligrosas que requieren agudeza mental y coordinación motora completas, como conducir un vehículo motorizado u operar máquinas, hasta el día siguiente después de un sueño reparador.
- **Otros eventos adversos reportados en  $\geq 2\%$  de los pacientes tratados con Esketamina:**
  - Taquicardia, vértigo, náuseas, vómito, diarrea, boca seca, estreñimiento, sensación de embriaguez, mareos, sedación, dolor de cabeza, letargo, alteración en la percepción de los sabores, dificultad para hablar fluidamente.
  - Los eventos adversos alcanzan su mayor intensidad a los 40 minutos posteriores a la administración y se resuelven espontáneamente en 120 minutos en la mayoría de los casos.

### Poblaciones específicas

- **Insuficiencia hepática.**
  - No se estudió el uso de Esketamina en los pacientes con insuficiencia hepática severa (clase C Child-Pugh), por lo que el uso en esta población no está aconsejado.
- **Insuficiencia renal.**
  - No se estudió el uso de Esketamina en los pacientes con diálisis renal, por lo que el uso en esta población no está aconsejado.
- **Población pediátrica.**
  - No se estudió el uso de Esketamina en los pacientes menores de 18 años, por lo que el uso en esta población no está aprobado.
- **Población geriátrica.**
  - En pacientes de la tercera edad la dosis inicial de Esketamina deberá ser 28 mg (día 1, dosis inicial). Las dosis subsecuentes deben aumentarse en incrementos de 28 mg hasta 56 mg o 84 mg, con base en la eficacia y la tolerabilidad.
- **Embarazo.**
  - No se recomienda el uso de Esketamina durante el embarazo.
- **Lactancia.**
  - Esketamina no se recomienda en mujeres que estén amamantando.
- **Hipertensión arterial sistémica**
  - Esketamina puede causar incrementos transitorios en la presión arterial sistólica y/o diastólica que alcanzan un máximo aproximadamente 40 minutos después de la administración del fármaco y que duran alrededor de 1-2 horas.
  - El promedio de aumento en la presión arterial sistólica y diastólica fue de aproximadamente 7 a 9 mmHg en PAS y de 4 a 6 mmHg en PAD a los 40 minutos después de la dosis en pacientes que recibieron Esketamina en ensayos clínicos.
  - El antecedente de Hipertensión arterial sistémica no es un excluyente para el uso de Esketamina siempre que haya un control a través de medidas farmacológicas o no farmacológicas.
  - Antes de administrar Esketamina, descarte otras enfermedades que involucren aspectos cardiovasculares, incluyendo: presión arterial alta (hipertensión), latidos cardíacos lentos o rápidos que causan dificultad para respirar, dolor en el pecho, aturdimiento o desmayo, antecedentes de ataque cardíaco, antecedentes de accidente cerebrovascular, enfermedad de las válvulas cardíacas o insuficiencia cardíaca, antecedentes de lesión cerebral o cualquier afección en la que haya un aumento de la presión en el cerebro.
- **Contraindicaciones absolutas**
  - Pacientes con una enfermedad vascular aneurismática conocida (incluyendo intracraneal, aorta torácica o abdominal; o vasos arteriales periféricos)
  - Pacientes con una historia conocida de hemorragia intracerebral
  - Hipersensibilidad conocida a Esketamina, ketamina, o a cualquiera de los excipientes.



### Situaciones particulares relacionadas con el perfil de seguridad

- **Intoxicación por sustancias o medicamentos.**
  - Debido al perfil de eventos adversos relacionado con Esketamina se desaconseja su uso en pacientes que se encuentren intoxicados por alguna sustancia de abuso ó debido al mal uso de químicos o fármacos como parte de un intento suicida. En estos casos es necesario resolver la intoxicación y corroborar el buen estado físico del paciente antes de revalorar el uso de Esketamina.
- **Antecedente reciente de intento suicida.**
  - En caso de intento suicida reciente mediante otro método (por ejemplo, asfixia, autolesión ó contusión, entre otros) será necesario resolver primero la situación que comprometa la integridad física del paciente y, una vez resuelta dicha urgencia y corroborado el bienestar físico del paciente, se podrá revalorar el uso de Esketamina.

### Dosificación y uso

1. Se debe corroborar que la ideación suicida sea una consecuencia directa de un trastorno depresivo mayor.
2. Esketamina no se ha estudiado en ideación suicida relacionada a otros trastornos neuropsiquiátricos como lo pueden ser psicosis, discapacidad intelectual o trastornos de control de impulsos.
3. Una vez corroborado el diagnóstico de trastorno depresivo mayor y descartadas comorbilidades de riesgo se podrá proceder con la aplicación.
4. Dado que algunos pacientes pueden presentar náusea y vómito después de la administración de Esketamina, se debe aconsejar a los pacientes no comer durante por lo menos 2 horas antes de la administración y no beber líquidos por lo menos 30 minutos antes de la administración
5. El esquema con Esketamina deberá siempre acompañarse de un nuevo antidepresivo oral.
6. Esketamina se administra intranasalmente.
7. Una sesión de tratamiento consiste en la administración nasal de Esketamina y la observación posterior a la administración bajo la supervisión de un profesional de la salud con experiencia en salud mental.
8. El uso de Esketamina no excluye la necesidad de hospitalización si está clínicamente justificada, incluso si los pacientes experimentan una mejoría después de una dosis inicial. El médico deberá evaluar y justificar si procede o no con la hospitalización médica dependiendo el riesgo individual de cada paciente, así como el tiempo de estancia en caso de que encuentre justificada dicha indicación.
9. Evalúe la presión arterial antes de la dosificación con Esketamina.
  - No administre Esketamina si un aumento en la presión arterial o la presión intracraneal presenta un riesgo grave.
10. La dosis recomendada de Esketamina para pacientes con TDM que tienen ideación o comportamiento suicida agudo es de 84 mg dos veces por semana durante 4 semanas. Debe hacerse una reducción de la dosis a 56 mg en función de la tolerabilidad.
11. Después de 4 semanas de tratamiento con Esketamina, se debe continuar el tratamiento con antidepresivos (AD) orales, según el criterio clínico.
12. El dispensador está diseñado para ser administrado por el paciente, bajo la supervisión de un profesional de la salud.



### Dispositivo de pulverización nasal



**Indicador**  
Un dispositivo contiene 2 pulverizaciones.  
(1 pulverización para cada fosa nasal)

**2 puntos verdes (0 mg administrados)**

**Dispositivo lleno**

**1 punto verde**

**Una pulverización administrada**

**Sin puntos verdes**  
Dos pulverizaciones (28 mg) administradas

**Dispositivo vacío**

Cada dispositivo administra dos pulverizaciones que contienen un total de 28 mg de esketamina.

### Paso 1 Prepárese

#### Solo antes del primer dispositivo:



Indique al paciente que se suene la nariz **solo antes del primer dispositivo.**



Confirme la cantidad necesaria de dispositivos.

**56 mg = 2 dispositivos**

**84 mg = 3 dispositivos**

### Paso 3 Prepare al paciente



**Indique al paciente que:**

- Sostenga el dispositivo como se muestra, con el pulgar apoyado suavemente en el émbolo
- No presione el émbolo.**



**Indique al paciente que:**

- Incline la cabeza hacia atrás a un ángulo de unos **45 grados** durante la administración para mantener el medicamento dentro de la nariz.

### Paso 2 Prepare el dispositivo



#### Profesional de atención médica:

- Compruebe la fecha de caducidad ("EXP"). Si ha caducado, consiga un dispositivo nuevo.
- Abra el blíster y saque el dispositivo.

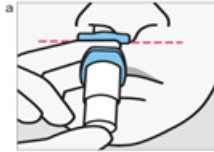


#### Profesional de atención médica:

- No cebe el dispositivo.** Esto puede causar la pérdida del medicamento.
- Compruebe que el indicador muestre **2 puntos verdes**. Si no es así, deseche el dispositivo y consiga uno nuevo.
- Entregue el dispositivo al paciente.



**Paso 4** El paciente pulveriza una vez en cada fosa nasal



**Indique al paciente que:**

- Inserte la punta directamente en la **primera fosa nasal**.
- El apoyo para la nariz debe tocar la **piel entre las fosas nasales**.



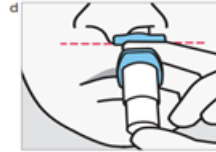
**Indique al paciente que:**

- Ocluya la fosa nasal opuesta.
- **Inspire por la nariz** mientras empuja el émbolo hacia arriba hasta el tope.



**Indique al paciente que:**

- **Inspire lentamente** después de la pulverización para mantener el medicamento dentro de la nariz.



**Indique al paciente que:**

- Cambie de mano para introducir la punta en la **segunda fosa nasal**.
- Repita el paso 4 para administrar la segunda pulverización.

**Paso 5** Confirme la administración y el reposo



**Profesional de atención médica:**

- Recoja el dispositivo del paciente.
- **Compruebe que en el indicador no hay puntos verdes.** Si ve un punto verde, haga que el paciente repita la pulverización en la segunda fosa nasal.
- Compruebe de nuevo el indicador para confirmar que el dispositivo está vacío.



**Indique al paciente que:**

- Descanse en una posición cómoda (preferiblemente, semirreclinado) durante **5 minutos después de cada dispositivo**.
- Si gotea líquido, limpie la nariz con un pañuelo de papel.

**⚠ No se suene la nariz.**

**Siguiente dispositivo**



**Profesional de atención médica:**

- **Repita los pasos 2 a 5** para el siguiente dispositivo.

**IMPORTANTE:** Asegúrese de que el paciente **espere 5 minutos después de la administración de cada dispositivo** para permitir que se absorba el medicamento.

13. Antes de aplicar el dispensador:

- Instruya al paciente de sonarse la nariz antes de aplicar el primer dispensador solamente.
- Confirme el número de dispensadores requeridos (84mg = 3 dispensadores; 54mg = 2 dispensadores)
- Verifique que el indicador muestre 2 puntos verdes. Si no, deseche el dispensador y consiga uno nuevo.
- El paciente debe
  - Sostener el dispensador con su pulgar apoyando suavemente el émbolo, sin presionarlo.
  - Reclinar la cabeza aproximadamente 45° durante la administración para mantener el medicamento dentro de la nariz.
  - Insertar la punta directamente en la primera fosa nasal.
  - El soporte nasal debe tocar la piel entre las fosas nasales.
  - Cerrar la fosa nasal opuesta.
  - Inhalar por la nariz mientras empuja el émbolo hacia arriba hasta que se detenga.
  - Inhalar gentilmente después de atomizar para mantener el medicamento dentro de la nariz.
  - Cambiar de mano para insertar la punta en la segunda fosa nasal.
  - Repetir el paso los pasos para administrar la segunda atomización.



- o Una vez administradas las dos atomizaciones, revise que el indicador no muestre ningún punto verde. Si ve un punto verde, pida al paciente que lo administre nuevamente en la segunda fosa nasal.
  - o Después de haber usado las dos atomizaciones de cada dispensador, el paciente deberá descansar en una posición cómoda (preferentemente semi-reclinado) por 5 minutos después de cada dispensador. Este periodo de espera es con la intención de permitir la absorción del medicamento.
  - o El paciente no deberá sonarse la nariz después de aplicar Esketamina intranasal.
  - o Si el líquido gotea, basta con frotar ligeramente la nariz con un pañuelo.
14. Después de la dosificación con Esketamina, vuelva a evaluar la presión arterial aproximadamente a los 40 minutos y, posteriormente, según sea clínicamente justificado.
15. Durante y después de la administración de Esketamina en cada sesión de tratamiento, controle al paciente durante al menos 2 horas

<b>Cuadros leves o moderados</b>		
<b>Fármaco</b>	<b>Dosis</b>	<b>Comentarios</b>
Midazolam	2,5-15 mg im.	Corta duración.
Diazepam	5-10 mg vo. o im.	Absorción im. erra
Lorazepam	2-5 mg vo.	Vida media corta (indicada especialmente en ancianos).
Clonacepam	0,5-2 mg vo. (en gotas) o im.	Absorción im. completa aunque inconsistente.
Clorazepato dipotásico	20-50 mg vo. o im.	Dosis máxima 100 mg/8 h.
Risperidona	1-4 mg gotas, flas o comprimido.	Solo vo. Dosis máxima 16 mg/d.
Olanzapina	5-20 mg comprimido o velotab.	Dosis máxima 30 mg/d.
<b>Cuadros severos</b>		
<b>Fármaco</b>	<b>Dosis</b>	<b>Comentarios</b>
Olanzapina	1 ampolla de 10 mg. Dosis inicial de 5-10 mg.	Repetir 2ª inyección: 2 h. 3ª inyección: 4 h. Dosis máxima 30 mg/d.
Ziprasidona	1 ampolla de 20 mg. Dosis inicial de 10 mg (20 mg en algunos pacientes).	2ª inyección a las 2 horas. Dosis máxima 40 mg/d.
Aripiprazol	1 ampolla de 9,75 mg. Dosis inicial 9,75 mg.	2ª inyección a las 2 h. Máximo 3 inyecciones en 24 h.
Zuclopentixol acufase	1 ampolla contiene 50 mg.	Dosis: 50-150 mg/48-72 h. Se puede repetir en 3 días.
Haloperidol + lorazepam	1 ampolla 5 mg + 1 ampolla 2 mg.	Haloperidol repetible cada 30-45 min, el resto cada 2-4 h.
Haloperidol + clonazepam	1 ampolla 5 mg + 1 ampolla 1 mg.	
Haloperidol + levomepromazina y/o clorpromazina + biperideno	1 ampolla 5 mg + 1 ampolla 25 mg + 1 ampolla 5 mg.	

16. hasta que éste pueda retirarse de manera segura y sólo si clínicamente está indicado.
17. Al ser paciente con riesgo suicida, el paciente que pueda egresar del sitio de aplicación deberá hacerlo siempre

- acompañado por un adulto capaz.
18. Informe a los pacientes que no deben participar en actividades potencialmente peligrosas que requieren agudeza mental y coordinación motora completas, como conducir un vehículo motorizado u operar máquinas, hasta el día siguiente después de un sueño reparador.
  19. Informe a los pacientes que clínicamente sean aptos para retirarse del sitio de aplicación que necesitarán alguien que los lleve a su casa después de cada sesión de tratamiento.

**Referencias:**

- ASPECTOS DESTACADOS DE LA INFORMACIÓN DE PRESCRIPCIÓN SPRAVATO® (Esketamina) aerosol nasal, CIII. Aprobación inicial de los EE. UU.: 1970 (ketamina). Guía de medicamento probada por la Administración de Medicamentos y Alimentos Revisado: (Food and Drug Administration, FDA) de los Estados Unidos. Revisado: 07/2020
- INFORMACIÓN PARA PRESCRIBIR AMPLIA SPRAVATO® SOLUCIÓN. CCDS 2021.

Esketamina							
Nombre comercial	Presentación	Indicaciones Médicas	Vía de administración	Insuficiencia hepática	Insuficiencia renal	Menores de 18 años	Adultos mayores
Spravato	Aerosol intranasal: 28 mg de Esketamina por dispositivo.  Cada dispositivo de aerosol intranasal administra dos disparos que en conjunto contienen un total de 28 mg de Esketamina.	Para el tratamiento de Síntomas depresivos en adultos con trastorno depresivo mayor (MDD) con comportamiento o pensamientos suicidas agudos (FDA).  Depresión resistente al tratamiento ó DRT (COFEPRIS Y FDA)	Intranasal	Sin necesidad de ajuste en insuficiencia hepática leve (clase A Child Pugh) o moderada (clase B Child Pugh). No se recomienda el uso en pacientes con insuficiencia hepática severa (clase C Child-Pugh).	Sin necesidad de ajuste en pacientes con falla renal.  No se recomienda el uso en pacientes con diálisis renal.	No recomendado	Ajuste de dosis a la baja (iniciar con 28mg)

## Esquizofrenia e ideación suicida

### Clozapina

Inicial, 12.5 mg una o dos veces al día (una tableta de 25 mg de clozapina en el primer día) para evitar la sedación excesiva y la hipotensión ortostática. Si es bien tolerado, la dosis puede ser aumentada con incrementos diarios de 25 a 50 mg, llegando a un nivel máximo de dosis de hasta 300 a 450 mg al día en los primeros 7 a 14 días.



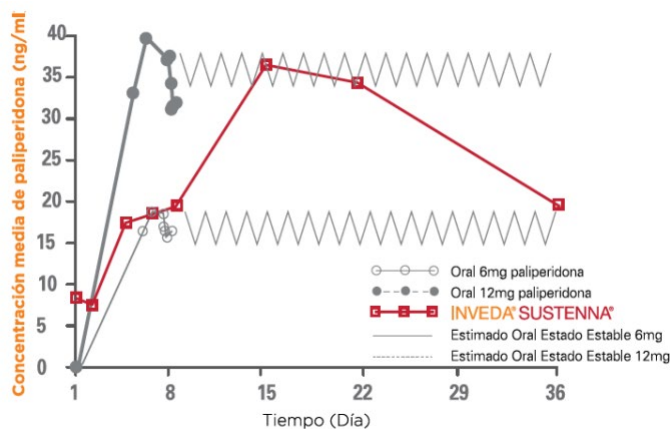


Los ajustes o incrementos subsecuentes se hacen cada semana con incrementos no mayores de 50 a 100 mg. En la mayoría de los pacientes la eficacia antipsicótica puede obtenerse con 300 mg al día divididos en tres tomas, es recomendable mantenerlas hasta que el paciente se encuentre estabilizado, usualmente se obtiene el efecto terapéutico entre las 2 a 5 semanas. Mientras las dosis diarias totales no excedan los 200 mg se puede recomendar administrar la dosis diaria en una sola toma antes de acostarse con el fin de evitar la posibilidad de los efectos sedantes durante el día.

### Para el tratamiento de la esquizofrenia Palmitato de Paliperidona Mensual

#### Aspectos terapéuticos

- **Clase**
  - Agente psicotrópico perteneciente a los antipsicóticos atípicos.
- **Uso en servicio de urgencias**
  - Su uso en servicio de urgencias se recomienda como medida para disminuir la frecuencia e intensidad de futuras recaídas como alternativa al tratamiento oral diario, y con ello minimizar el riesgo de nuevos eventos de intento suicida o autolesión asociados a psicosis.
- **¿Cuánto tiempo tarda en actuar?**
  - Los ensayos clínicos han demostrado presencia de medicamento en sangre desde el día de la primer aplicación.
- **¿Cuál es el esquema de uso?**
  - Se recomienda iniciar el tratamiento con INVEDA® SUSTENNA® con una dosis de 150 mg el día 1 de tratamiento, seguido de una dosis de 100 mg una semana después, ambos administrados vía intramuscular en el músculo deltoides. La dosis de mantenimiento mensual está en el rango de 50 a 150 mg ajustada de acuerdo a la tolerabilidad y/o eficacia usando las concentraciones disponibles.



#### Perfil de seguridad

- **Contracciones anormales prolongadas de grupos musculares (disonía):**
  - Se pueden presentar síntomas de disonía, contracciones anormales prolongadas de grupos musculares, en individuos susceptibles durante los primeros días del tratamiento.
  - Hasta 2% de los pacientes en ensayos clínicos llegaron a presentar este evento adverso.
  - Dependiendo de la intensidad y grupo muscular relacionado es posible manejar dicho evento adverso con



medicamentos anticolinérgicos y/o miorrelajantes (difenhidramina, diazepam, etcétera).

- **Aumento de mortalidad en pacientes geriátricos con psicosis asociada a demencia.**
  - Los pacientes adultos mayores con psicosis relacionada con demencia que reciben tratamiento con medicamentos antipsicóticos tienen mayor riesgo de muerte. Palmitato de Paliperidona Mensual no está aprobado para su uso en pacientes con psicosis relacionada con demencia.
- **Síndrome neuroléptico maligno.**
  - El síndrome neuroléptico maligno es un evento adverso raro pero grave que se puede llegar a presentar con el uso de todos los medicamentos antipsicóticos.
  - Las manifestaciones clínicas del SNM son hiperpirexia, rigidez muscular, alteración del estado mental, que incluye delirio e inestabilidad autónoma (pulso o presión arterial irregulares, taquicardia, diaforesis y arritmia cardíaca). Otros signos pueden incluir creatina fosfoquinasa alta, mioglobinuria (rabdomiólisis) e insuficiencia renal aguda.
  - En caso de que el paciente manejado con Palmitato de Paliperidona mensual presenta alguno de dichos síntomas se recomienda vigilancia y tratamiento de soporte en medio intrahospitalario.
- **Otros eventos adversos reportados en ≥2% de los pacientes tratados con Esketamina:**
  - Aumento de peso, aumento en glucosa, aumento en niveles de triglicéridos, temblor, hipotensión ortostática, priapismo, hiperprolactinemia.
  - Dependiendo de la gravedad del evento adverso presentado se sugiere manejo multidisciplinario con la especialidad relacionada.

### Poblaciones específicas

- **Insuficiencia hepática.**
  - No se estudió el uso de Esketamina en los pacientes con insuficiencia hepática severa (clase C Child-Pugh), por lo que el uso en esta población no está aconsejado.
- **Insuficiencia renal.**
  - La dosis de Palmitato de Paliperidona mensual debe ser reducida en pacientes con insuficiencia renal Leve.
  - No se recomienda el uso en pacientes con insuficiencia renal moderada o severa.
- **Población pediátrica.**
  - No se estudió el uso de Palmitato de paliperidona mensual en los pacientes menores de 18 años, por lo que el uso en esta población no está aprobado.
- **Población geriátrica.**
  - No se recomienda ajuste de dosis con base en la edad.
  - El ajuste deberá ser calculado con base en la función renal.
  - Palmitato de paliperidona mensual no está aprobado para su uso en pacientes con psicosis relacionada con demencia (riesgo de aumento en mortalidad por EVC).
- **Embarazo.**
  - No se recomienda el uso de Palmitato de paliperidona mensual durante el embarazo.
- **Lactancia.**
  - Palmitato de paliperidona mensual no se recomienda en mujeres que estén amamantando.
- **Contraindicaciones absolutas**
  - Hipersensibilidad conocida a Risperidona, Paliperidona o a cualquiera de los excipientes.
  - Los pacientes adultos mayores con psicosis relacionada con demencia.

### Situaciones particulares relacionadas con el perfil de seguridad

- **Paciente en estado de agitación psicomotriz:**
  - Su uso en servicio de urgencias se recomienda como medida para disminuir la frecuencia e intensidad de futuras recaídas como alternativa al tratamiento oral diario, y con ello minimizar el riesgo de nuevos eventos de intento suicida o autolesión asociados a psicosis.
- **Antecedente reciente de intento suicida asociado a psicosis.**
  - En caso de intento suicida reciente mediante otro método (por ejemplo, asfixia, autolesión o contusión, entre otros) será necesario resolver primero la situación que comprometa la integridad física del paciente y, una vez resuelta dicha urgencia y corroborado el bienestar físico del paciente, se podrá revalorar el uso de Palmitato de Paliperidona mensual.
  - Palmitato de paliperidona mensual no ha probado disminuir el riesgo de ideación suicida asociado a

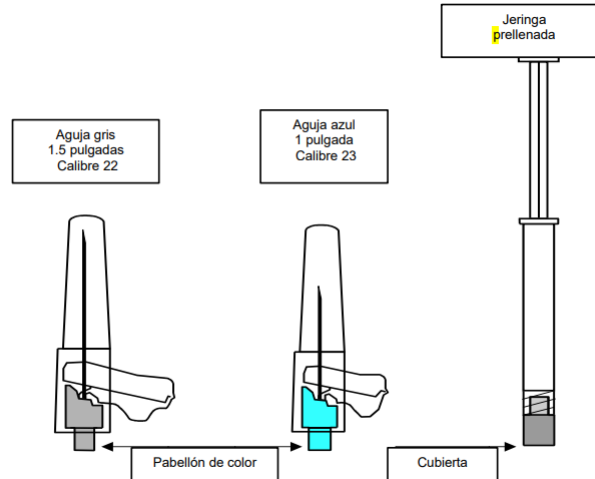


psicosis.

- o Su uso en servicio de urgencias se recomienda como medida para disminuir la frecuencia e intensidad de futuras recaídas y con ello, minimizar el riesgo de nuevos eventos de intento suicida o autolesión asociados a psicosis.

### Dosificación y uso

1. Palmitato de paliperidona mensual está elaborada para la aplicación intramuscular directamente de la jeringa en la cual se encuentra empacada, no debe ser mezclada con ningún otro producto o diluyente.
2. Inyectar despacio y profundamente en el músculo.
3. La administración debe realizarse en una sola inyección.
4. No administrar la dosis en inyecciones divididas.
5. No administrar intravascular o subcutánea.
6. Previo a la administración de Palmitato de paliperidona mensual se debe corroborar que el paciente no presente hipersensibilidad a Paliperidona o Risperidona.
  - a. Si el paciente no cuenta con historial de exposición a Risperidona o Paliperidona sin reacción de hipersensibilidad (reacción alérgica) se sugiere administrar una dosis diaria de Risperidona 2mg oral durante dos días. En caso de no presentar reacción alérgica, es posible continuar con el esquema de administración intramuscular con Palmitato de Paliperidona.
7. El tamaño recomendado de la aguja para la administración de Palmitato de paliperidona mensual en el músculo deltoides se determinará principalmente por el peso corporal del paciente:
  - a. Pacientes con  $\geq 90$  kg de peso se recomienda la aguja de 1.5 pulgadas, calibre 22.
  - b. Para aquellos con  $<90$  kg la recomendación es emplear la aguja de 1.0 pulgadas calibre 23.
  - c. La inyección deltoidea debe alternarse entre los dos músculos deltoides.
8. El tamaño recomendado de la aguja para la administración de Palmitato de paliperidona mensual en el músculo glúteo es el de la aguja de 1.5 pulgadas, calibre 22 en todos los pacientes.



9. Iniciar el tratamiento con Palmitato de paliperidona mensual con la inyección de 150 mg el día 1 en deltoides en todos los pacientes que se desee iniciar tratamiento mensual.
  - a. A partir de la aplicación de 150mg es posible suspender el tratamiento con antipsicóticos orales siempre que se continúe con el régimen de administración.
10. Continuar aplicando intramuscularmente en deltoides la presentación de 100 mg una semana después de la primera aplicación (día 8).
11. Se recomienda continuar con una dosis mensual de mantenimiento con 75 mg a los 30 días de la segunda aplicación (día 38)
  - a. Algunos pacientes pueden beneficiarse con dosis mensuales mayores (100mg o 150mg) de acuerdo a la tolerancia individual del paciente y/o a la eficacia



12. A partir de la dosis correspondiente al día 38, las dosis mensuales (mantenimiento) pueden administrarse vía intramuscular deltoidea o glútea.

**Referencias:**

- INFORMACIÓN PARA PRESCRIBIR AMPLIA INVEDA® SUSTENNA® f.f. Suspensión Inyectable de liberación prolongada. CCDS Febrero 2015

**Palmitato de paliperidona mensual**

Nombre comercial	Presentación	Indicaciones Médicas	Vía de administración	Insuficiencia hepática	Insuficiencia renal	Menores de 18 años	Adultos mayores
<b>Inveda Sustenna</b>	Jeringas prellenadas con equivalentes a 75, 100 y 150mg de paliperidona	Para el tratamiento de la esquizofrenia, incluyendo el tratamiento en fase aguda y la prevención de recaídas <b>(COFEPRIS Y FDA)</b>  Como monoterapia en el tratamiento del trastorno esquizoafectivo y como un coadyuvante para los estabilizadores del estado de ánimo y antidepresivos <b>(COFEPRIS Y FDA)</b>	Intramuscular	Sin necesidad de ajuste en insuficiencia hepática leve (clase A Child Pugh) o moderada (clase B Child Pugh).  No se recomienda el uso en pacientes con insuficiencia hepática severa (clase C Child-Pugh).	La dosis de Palmitato de Paliperidona mensual debe ser reducida en pacientes con insuficiencia renal leve.  No se recomienda el uso en pacientes con insuficiencia renal moderada o severa.	No recomendado	No se recomienda ajuste de dosis con base en la edad.  El ajuste deberá ser calculado con base en la función renal.  Palmitato de paliperidona mensual no está aprobado para su uso en pacientes con psicosis relacionada con demencia.

**9.6 Plan de Seguridad**

Un plan de seguridad contra el suicidio es un conjunto escrito de instrucciones que crea para usted mismo, junto con un profesional de salud, como un plan de contingencia en caso de que comience a tener pensamientos sobre hacerse daño. Contendrá una serie de pasos gradualmente crecientes que seguirá, procediendo de un paso al siguiente, hasta que esté a salvo.





# PLAN DE SEGURIDAD

- 1 • Restringir / reducir el acceso a medios letales.
- 2 • Generar estrategias de solución no suicidas (reducir factores de vulnerabilidad y/o aumentar la tolerancia al malestar).
- 3 • Activar / Buscar red de apoyo .
- 4 • Generar una frase de afrontamiento (retomar las razones para vivir).
- 5 • Identificar formas de resolver problemas para llevar a cabo el plan .
- 6 • Generar compromiso para mantenerse con vida .





## Tarjeta Cortafuego

# PLAN DE SEGURIDAD TARJETA CORTA FUEGO

A continuación, elaboraremos un plan de seguridad que te permita tomar decisiones oportunas y activar tu red de apoyo cuando lo necesites.

1

Reflexionaremos sobre las señales de alarma y qué problemas o situaciones son detonantes de un estrés insoportable.



2

Restricción de medios: eliminar la posibilidad de acceder a un medio para hacerse daño, con o sin la intención de quitarse la vida.



1

2

3



Considerar a las personas que más me apoyan:

3

1

2

3

4

5

Tel: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_

Son las personas con las que siento más confianza y seguridad, que puedo llamar y ser sincero. "Permitete a ti mismo(a) ser escuchado y apoyado"



Yo..... en el momento en que observe mis propias señales de alarma, que me indican el inicio de la ideación suicida puedo hacer lo siguiente para ayudarme a reducir mi malestar:

4

1

2

3

Son actividades que me ayudarán a distraerme y mejorar mi estado de ánimo.



En caso de que mi plan falle y me encuentre en riesgo inminente llamaré al 911, al teléfono de la línea de la vida 800 911 2000 o acudiré a urgencias del hospital más cercano.

5





## PERFIL DE SERVIDORES EN SSM DE URGENCIAS

<b>Personal de Enfermería</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Capacitación en el <u>guía MhGap</u></li> <li>2. Capacitación en Identificación, valoración e intervención del comportamiento suicida</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Atención de la lesión y urgencia médica.</li> <li>2. Promover confianza mediante la validación emocional para una aproximación efectiva.</li> </ol>
-------------------------------	--	---

## PERFIL DE SERVIDORES EN SSM DE URGENCIAS

<b>Personal de Psicología</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Formación en psicología clínica.</li> <li>2. Capacitación en especialización en identificación, valoración e intervención del comportamiento suicida</li> <li>3. Elaboración de plan de seguridad y primeros auxilios psicológicos.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Brindar primeros auxilios psicológicos e intervención en crisis.</li> <li>2. Establecer de manera colaborativa el Plan de seguridad.</li> <li>3. Activar la red de apoyo (intervenciones psicosociales con familia, pareja, cuidador o responsable).</li> <li>4. Implementar tratamientos para el comportamientos suicidas breves basados en evidencia psicológica y/o mixtos (psicológico y psiquiátrico) bajo la modalidad de tratamiento individual, grupal y asistencia telefónica para manejo de episodios agudos.</li> <li>5. Dar de alta a partir de la adquisición de habilidades de afrontamiento a las crisis que acompañen la solución de problemas y con ello la remisión del comportamiento suicida.</li> </ol>
-------------------------------	--	--



## PERFIL DE SERVIDORES EN SSM DE URGENCIAS

<p><b>Trabajo Social</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Capacitación en especialización en identificación, valoración e intervención del comportamiento suicida</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Promover confianza mediante la validación emocional para una aproximación efectiva.</li> <li>2. Contactar y tener acercamiento con familiares o responsables de la persona.</li> <li>3. Establecer de manera colaborativa el Plan de seguridad.</li> <li>4. Dar seguimiento telefónico a la persona atendida por medio de contacto con la misma o su familiar.</li> <li>5. Activar seguimiento para contrareferencia.</li> <li>6. Hacer monitoreo o seguimiento en caso de que el riesgo persista o aumente, referir a un tratamiento ambulatorio especializado de psicología y/o psicología y psiquiatría.</li> </ol>
------------------------------	---	--

## PERFIL DE SERVIDORES EN SSM DE URGENCIAS

<p><b>Personal especializado en Psiquiatría</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Capacitación en especialización en identificación, valoración e intervención del comportamiento suicida.</li> <li>2. Capacitación en elaboración de plan de seguridad y primeros auxilios psicológicos.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Valoración del estado mental.</li> <li>2. Anamnesis para determinar probable Dx Psiquiátrico.</li> <li>3. Tratamiento de urgencia psiquiátrica y seguimiento en consulta externa posterior al alta médica.</li> <li>4. Hacer <u>contrareferencia</u> a tratamiento ambulatorio especializado o sugerir hospitalización (cuando no existe red de apoyo, la IS e Intencionalidad no disminuyen, se encuentra intoxicado o con altos niveles de agitación y/o desesperanza).</li> </ol>
---	--	--







## PERFIL DE SERVIDORES EN SSM DE URGENCIAS

<p><b>Personal Paramédico</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Entrenamiento básico en atención al suicidio.</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Generar un entorno/perímetro seguro.</b></li> <li>- <b>Dar primeros auxilios médicos.</b></li> <li>- <b>Promover confianza mediante la validación emocional para una aproximación efectiva.</b></li> <li>- <b>Contactar responsable (familiar, pareja o amistad de mayor de edad).</b></li> </ul>
<p><b>Personal de Medicina 1er. Nivel</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Capacitación en el modelo MhGap</li> <li>- Capacitación en especialización e identificación, valoración e intervención del comportamiento suicida</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Valoración y atención de la lesión y urgencia médica.</li> <li>- Garantizar la referencia a tratamiento especializado para valoración psiquiátrica en caso de requerir hospitalización o tratamiento ambulatorio especializado aún si no se requiere hospitalización.</li> </ul>

## PERFIL DE SERVIDORES EN SSM DE URGENCIAS

<p>Epidemiología</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Capacitación especializada en identificación, valoración e intervención del comportamiento suicida</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>en 1. Registro de casos.</li> <li>en 2. Elaboración de reporte mensual en la unidad hospitalaria de casos atendidos por conducta suicida.</li> <li>3. Reporte de perfil de personas atendidas por conducta suicida.</li> </ol>
----------------------	---	---