

# Intentos de suicidio de alta letalidad o con comorbilidades medicas o psiquiátricas

---

**PROGRAMA NACIONAL PARA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO  
(PNPS)**



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



**SAP**  
SERVICIOS DE  
ATENCIÓN  
PSIQUIÁTRICA

# Introducción

Es ampliamente asumida la cita que dice que el 90% (o más) de los suicidios se deben a un trastorno mental ([WHO, 2014](#)). **Dato que es totalmente falso.** Este dato procede de estudios de "autopsias psicológicas" ([Hjelmeland et al., 2012](#)).

A modo ilustrativo se señalan los sesgos de selección y de confirmación; consisten en que se encuentra y confirma lo que se busca, respectivamente.

Habitualmente se busca confirmar la existencia de tres cosas: antecedentes de trastorno mental, intentos previos y consumo de sustancias.

# Introducción

Por otro lado, se cuestiona el hecho de que muchos entrevistados son familiares cercanos que pueden necesitar la atribución a una "enfermedad mental" como una manera de soportar mejor el duelo.

**En primer lugar, el trastorno mental ni es una condición necesaria ni suficiente para el suicidio.** Que exista relación entre psicopatología y conducta suicida no autoriza a concluir que la psicopatología sea la "causa" del suicidio, según se afirma, explícita o implícitamente, a cuenta de una naturalización biomédica del suicidio ([Insel y Cuthbert, 2015](#)).

# Introducción

Que muchas personas con enfermedades terminales y oncológicas piensen en el suicidio o se quiten la vida ([Calati et al., 2018](#); [Diaz-Frutos et al., 2016](#)), no significa que la conducta suicida sea un síntoma del cáncer o que el cáncer "cause" el suicidio.

NO es tanto la conducta en sí, vale decir su topografía o materialidad conductual (tomar un veneno o saltar por una ventana), ni tampoco el resultado final (muerte o vida), sino la intención que persigue un sujeto mediante la ejecución de una conducta determinada, lo que define la "esencia" de la conducta suicida.

Mantener el criterio de intencionalidad es fundamental para discriminar entre un suicidio y un accidente.

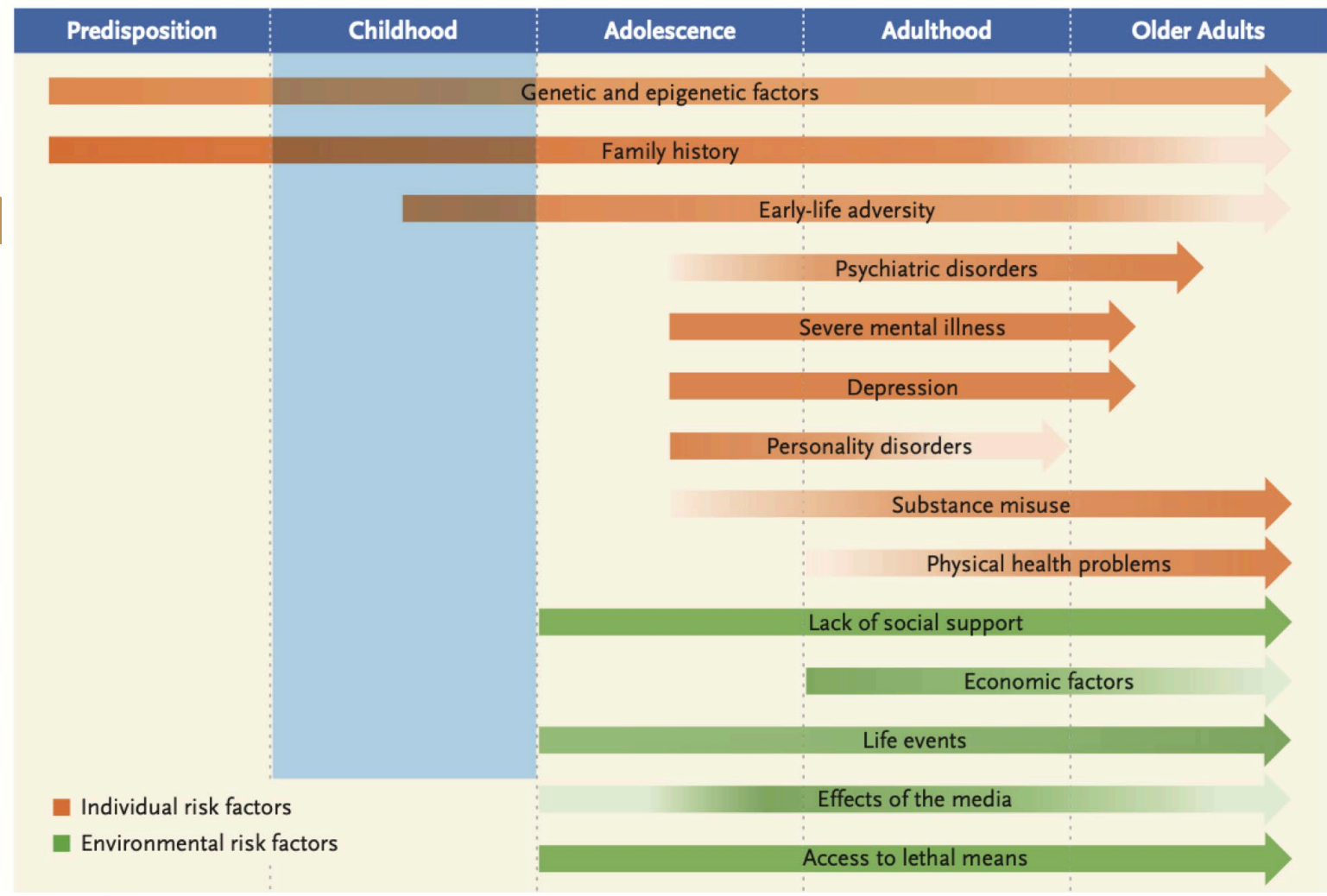
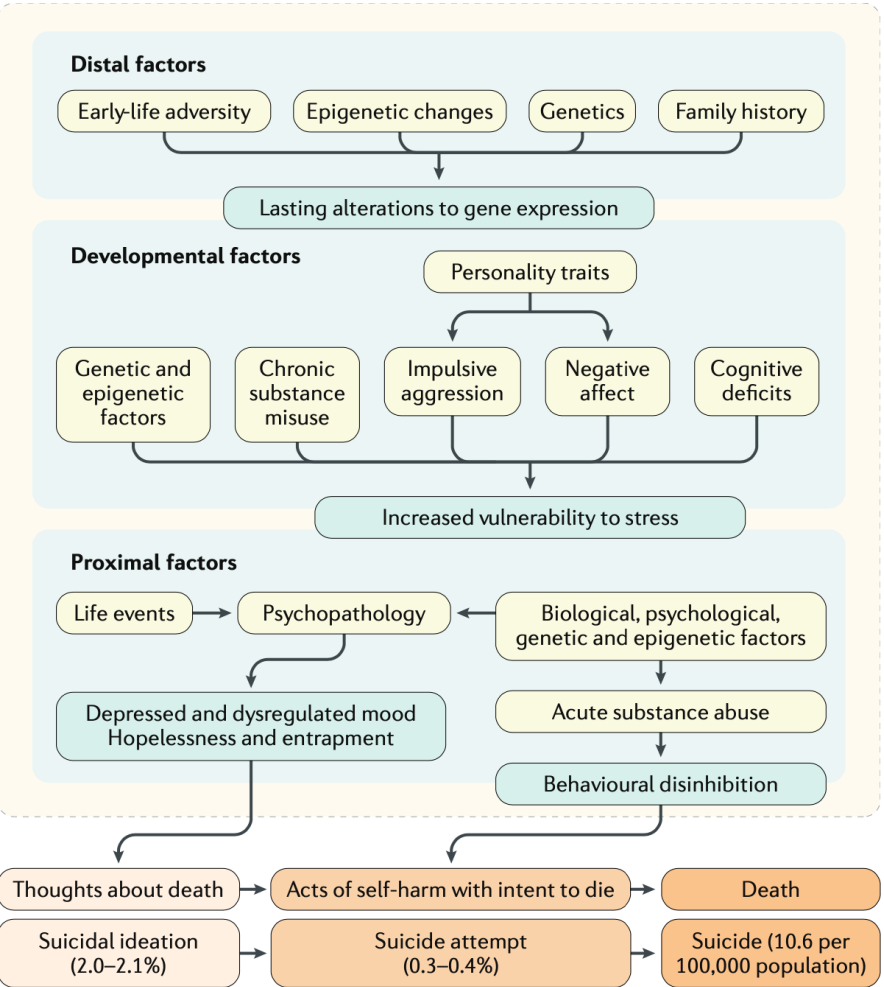
# CONFUSIÓN CONCEPTUAL

Confusiones conceptuales implícitas al dato del 90%. Se refiere a la falta de discriminación entre la muerte de una persona que en plena "crisis psicótica" salta por la ventana huyendo de unas voces alucinatorias imperativas y la de una persona que bajo la presión de un diagnóstico de depresión crónica decide acabar con su vida dejando una nota de despedida.

Según el modelo biomédico, ambos serían ejemplos de "suicidios patológicos". Sin embargo, la pregunta sería: ¿qué parecido suicida hay entre una muerte no deseada ni buscada, y una muerte buscada y planificada? Que alguien se suicide sin quererlo (caso de la crisis psicótica) es un contrasentido.

Se confunde un factor de riesgo con un factor explicativo ([Franklin et al., 2017](#)), y más aún, esta confusión se propaga como "verdad" a través de los medios de comunicación

- Social context: lack of social cohesion and environmental factors**
- Geographical location
  - Sociocultural norms
  - Disruption to social structure or values
  - Economic turmoil
  - Social isolation
  - Media reporting
  - Access to lethal means
  - Poor access to mental health services



Turecki G et al. Suicide and suicide risk. Nat Rev Dis Primers. 2019 Oct 24;5(1):74

# IMPULSIVIDAD Y LETALIDAD

- ① Los intentos más impulsivos son los menos letales y los más planificados los más letales
- ② El 50% de los intentos son impulsivos.
- ③ Los intentos impulsivos son menos severos y letales.

Table 2. Lethality (measured by level of treatment needed) and Impulsivity of Suicide Attempts<sup>a</sup>

Level of Treatment Needed	Impulsivity of Attempt									Total (N = 478)		
	Impulsive (N = 261)			Intermediate (N = 134)			Nonimpulsive (N = 83)					
	N	%	CI	N	%	CI	N	%	CI	N	%	CI
Discharge	74	28	23 to 34	16	12	8 to 19	7	8	4 to 16	97	20	17 to 24
Discharge and psychiatric referral	106	41	35 to 47	50	37	29 to 45	13	16	10 to 25	169	35	31 to 39
Psychiatric admission	70	27	22 to 33	62	46	38 to 54	53	64	53 to 73	185	39	35 to 43
Medical admission	11	4	2 to 7	6	5	2 to 10	10	12	7 to 21	27	6	4 to 9

<sup>a</sup> $\chi^2 = 62.6$ ,  $df = 6$ ,  $p < .0001$ . CI = 95% confidence intervals of percentages.

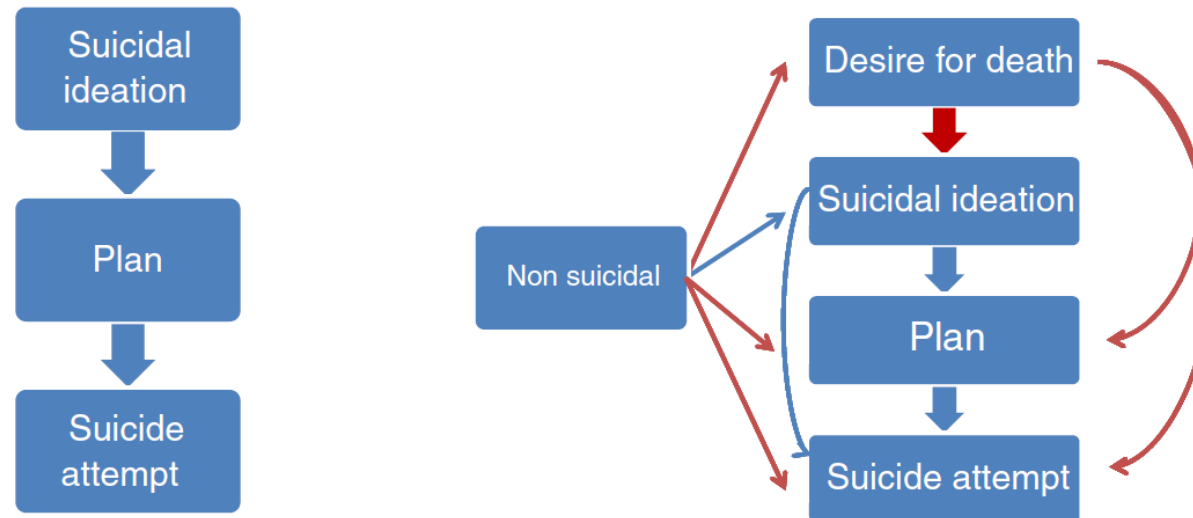


Research report

## Estimating risk for suicide attempt: Are we asking the right questions? ☆☆☆ Passive suicidal ideation as a marker for suicidal behavior

Enrique Baca-Garcia <sup>a,b,c</sup>, M. Mercedes Perez-Rodriguez <sup>d,e,\*</sup>, Maria A. Oquendo <sup>a,b</sup>,  
Katherine M. Keyes <sup>f</sup>, Deborah S. Hasin <sup>a,b</sup>, Bridget F. Grant <sup>g</sup>, Carlos Blanco <sup>a,b</sup>

<sup>a</sup>



**Fig. 1.** Traditional continuum model (left) versus multiple pathways model (right) for risk of suicide attempt<sup>a</sup>. <sup>a</sup>The blue arrows represent transitions between stages that have been previously analyzed in the literature. The red arrows represent transitions between stages that have not been previously studied.



# COD 100: FASE EXTRA HOSPITALARIA

## 1. Datos del preaviso

Paciente agresivo o no.

1. Alteración del nivel de conciencia (se acepta GCS de 14-15 sin existir razones orgánicas evidentes).
2. Resultado de la realización de la **escala de detección del riesgo suicida** de Voluntariedad del traslado.
3. Tiempo estimado de llegada al hospital.
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 autolítico por parte del médico lo que decida la inclusión o no).
6. Acompañantes/familiares: Información histórica, actual.
7. Soporte social y familiar.
8. Especificar cantidad ingerida si fuera precisa.

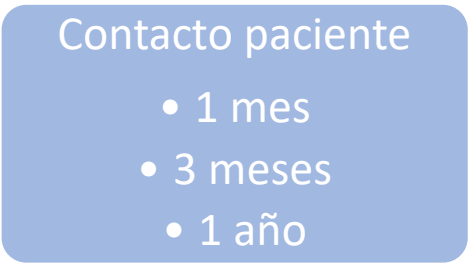
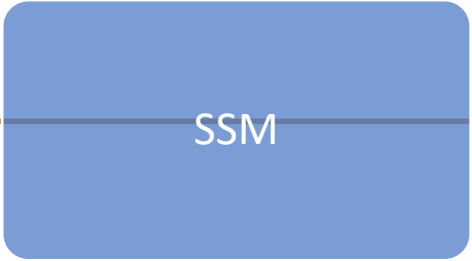
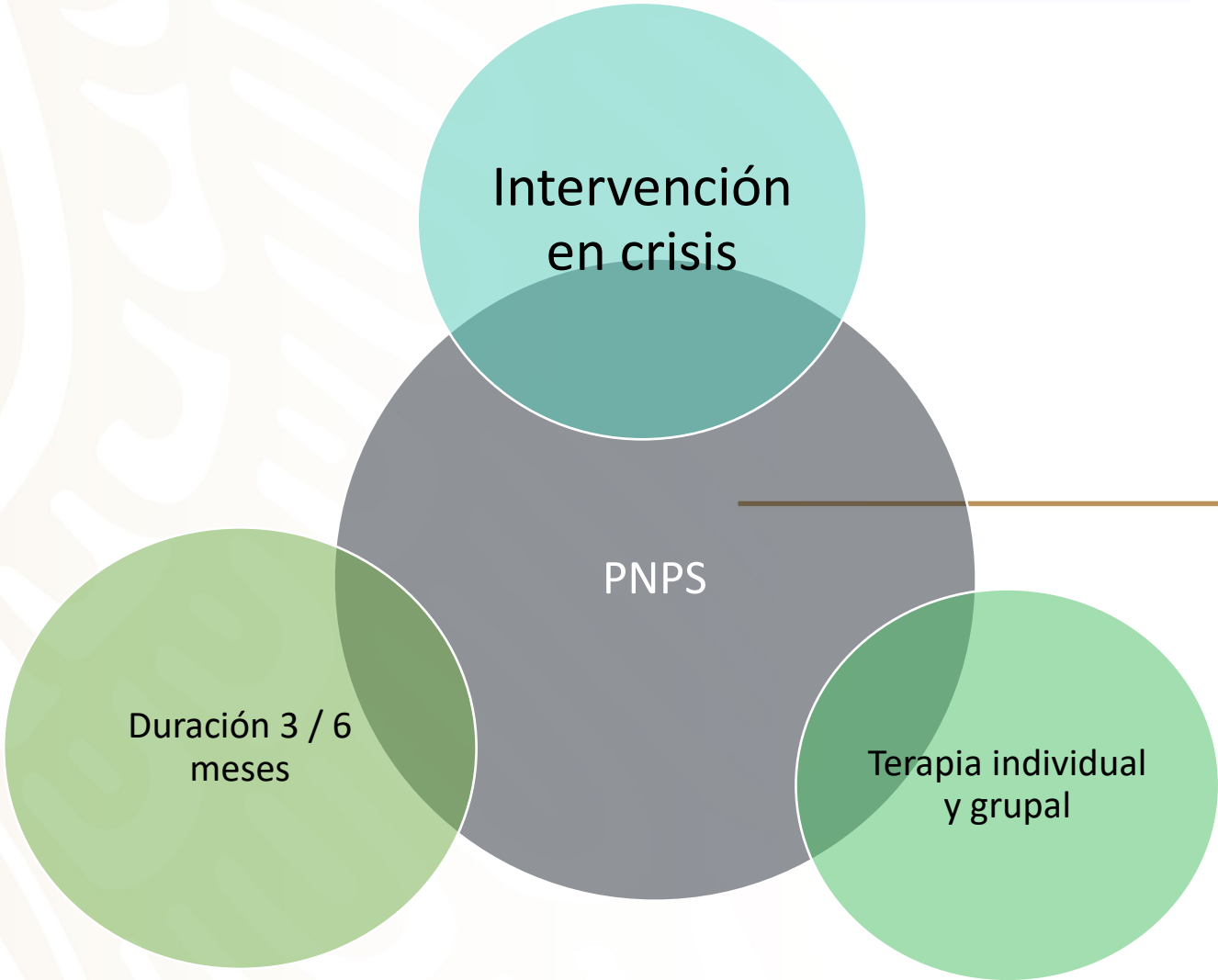
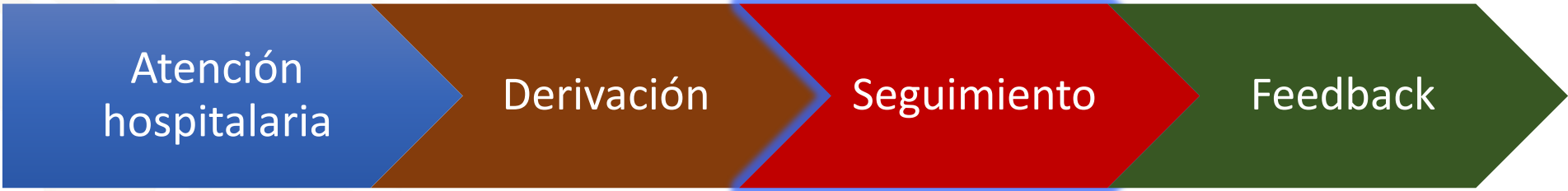
# Atención hospitalaria

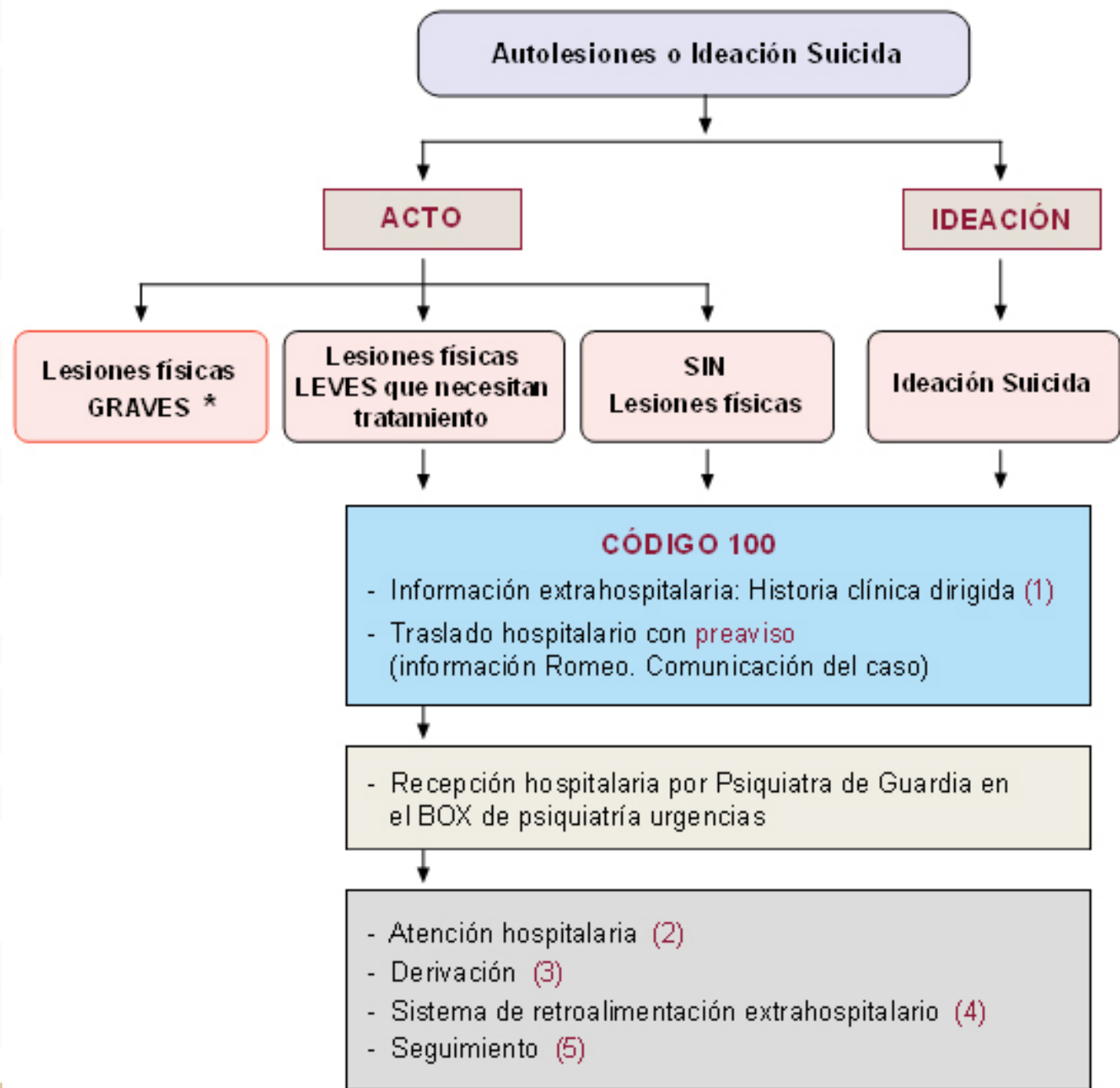
A su llegada a urgencias se realiza:

- Despistaje de 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.

Protocolo intrahospitalario DE VALORACIÓN TRIAGE , escalas ASQ.

Derivación según protocolo de referencia y gestión de casos





# AGITACIÓN MIXTA

## Psiquiátrica

Psicótica:

Esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo.

Episodio maníaco.

Episodio depresivo: en casos de depresión agitada que suele ser más frecuente en ancianos y niños.

Trastorno delirante (paranoia).

No psicótica:

Crisis de angustia.

Trastornos de la personalidad principalmente histriónica, límite y paranoide.

Alteración de conducta en pacientes con retraso mental o demencia (distinguir del *delirium* superpuesto a la demencia).

## No psiquiátrica

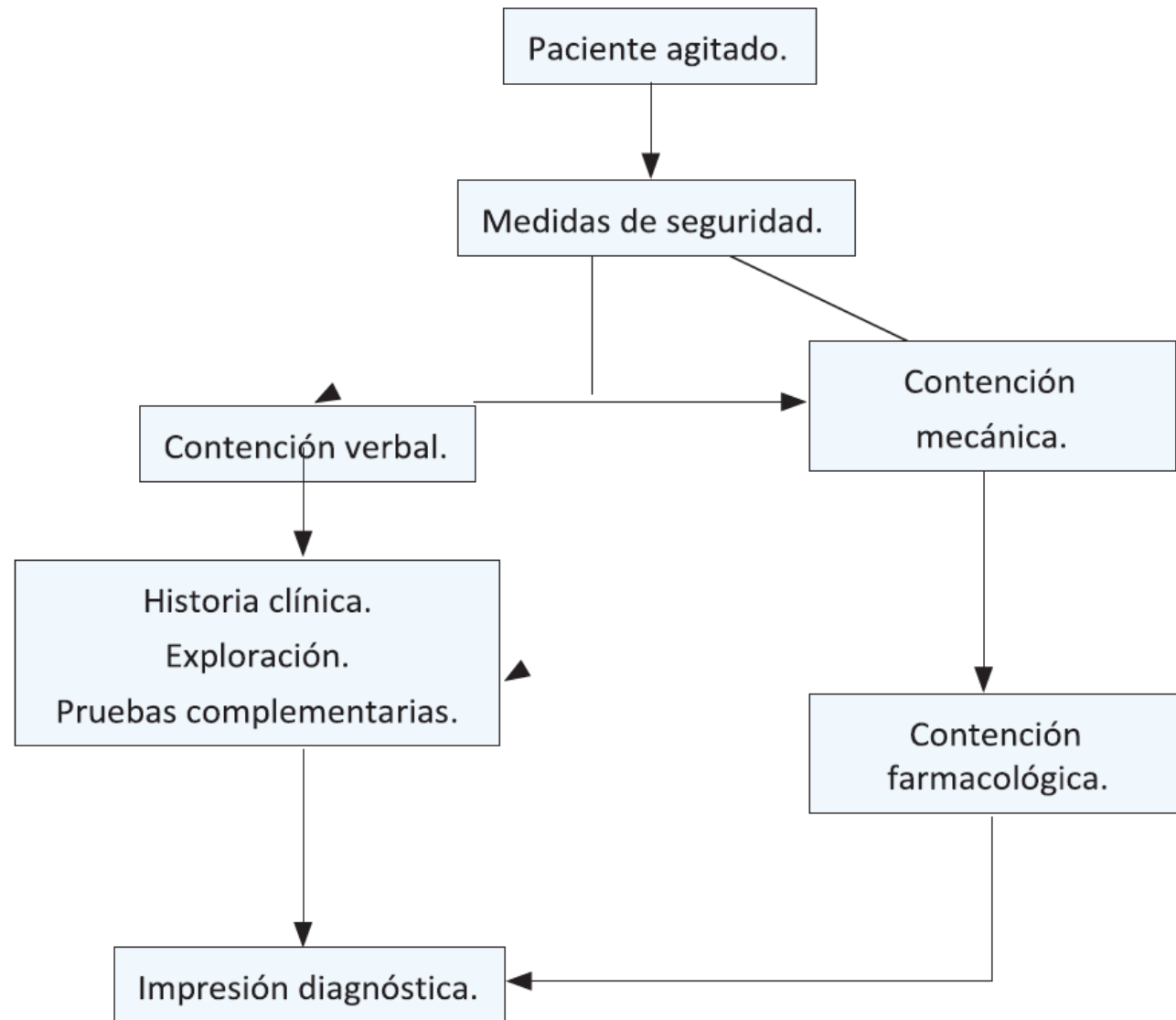
Situación desencadenada por un estresor agudo como por ejemplo reacciones de duelo, situaciones catastróficas (inundaciones, incendios, violaciones...) y situaciones de desconexiones ambientales (UCI...).

SINDROME	CLUSTER	EMERGENCIAS	TRATAMIENTO
AGAROFOBIA	B y C	Pánico /depresión	Alprazolam 0.25 mg , ISRS
TUS (alcohol) Intoxicación	B	Desinhibición , sedación	Vigilancia e hidratación IV
TUS (alcohol) Delirium	Todos	Confusión , dis autonomía, conciencia fluctuante	Haloperidol IM Clordiazepoxido
TUS (alcohol) Crisis epilépticas	Todos	Crisis gran mal, estatus epiléptico	Diazepam IM , fenitoína
TUS (alcohol) abstinencia	Todos	Irritabilidad , nausea, hiperactividad autonómica	Fluidos, BZD, Complejo B , signos vitales
Anorexia Nerviosa	B	Perdida de un 25 % del peso corporal según la norma por edad y sexo	EKG, electrolitos, evaluación neuro endocrina
Aflicción	Todos	Sentimientos de culpa, insomnio, quejas somáticas	Descartar TDM, intervención breve , oxigeno

SINDROME	CLUSTER	EMERGENCIAS	TRATAMIENTO
TLP	B	Ideación o gesto suicida, ideaciones homicidas, abuso de sustancia, autolesiones	Evolución de la ideación suicidio y homicida si persiste ingreso, dosis bajas de AP , plan de seguridad.
TDM	todos	Ideación suicida y comportamiento, TUS	Evaluación del peligro de autolesión, hospitalización si persiste, descartar patología orgánica.
Comportamiento homicida y violento	B	Marcada agitación y amenazas	Contención mecánica y farmacológica
Insomnio	Todos	Depresión irritabilidad , agitación matutina, fatiga	Hipnóticos por tiempo corto, higiene del sueño, descartar organicidad
Marital Crisis	B	Precipitantes infidelidad, o enfermedades graves, problemas con hijos	Cada uno debe ser explorado por separado, intervención en crisis, descartar otra patología psiquiátrica
Violación	Todos	Perdida de apetito, alteración del sueño, ansiedad, mutismo, bloqueo, miedo de violencia , muerte o embarazo	Terapia orientada en crisis, soporte social, refuerzo ventilatorio, consejero legal, medir hormonas, examinación medica minuciosa

SINDROMES	CLUSTER	EMERGENCIAS	TRATAMIENTO
Suicidio	Todos	Comportamiento suicida desesperanza	Evaluación Medica Plan de seguridad Evaluar patología psiquiátrica Activar redes de apoyo Seguimiento en menos de 72 horas al alta
Cocaína / Anfetaminas intoxicación y abstinencia	todos	Paranoia, agitación psicomotriz, ansiedad severa, delirium esquizofreniforme , HTA, Ideación suicida Taquicardia , EVC	Antipsicóticos atípicos, BZD, TEC, si persiste hospitalización
Opioides	Todos	Dolor abdominal, insomnio, crisis epilépticas, discinesia, manía, síntomas esquizofreniformes	Valorar sustitución metadona , desintoxicación rápida naloxona, intervención al alta.
Insomnio	Todos	Depresión irritabilidad , agitación matutina, fatiga	Hipnóticos por tiempo corto, higiene del sueño, descartar organicidad
Trastorno ficticio	B	Simulación , inducción o agravantes de severas enfermedades , dolor auto infligido, o infligido a otros	Descartar organicidad Activar apoyo legal Minimizar el daño Considerar tutela





## CONTENCIÓN FARMACOLOGICA

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. - clonacepam 0,5-2 mg. Vía im.: - clorazepato 25-50 mg.	Poco indicadas, salvo en caso de: - <i>delirium tremens</i> . - abstinencia a benzodicepinas. - intoxicación por estimulantes.	Depresión SNC. Confusión (la absorción im. es errática).

## 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 **SOLAMENTE** 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 rabdomiólisis.

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.

# Plan de seguridad o respuesta a crisis

Es una intervención breve que involucra a pacientes que participan en una entrevista destinada a identificar señales de advertencia y proporciona a las personas una prioridad y un conjunto de estrategias de afrontamiento y fuentes de apoyo que se puede utilizar si reaparecen los pensamientos suicidas.

La intención del plan de seguridad es para ayudar a las personas a reducir su riesgo inminente de comportamiento suicida, apoyado en un conjunto predeterminado de posibles estrategias de afrontamiento y apoyos sociales.

# 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.

# PERFIL DE SERVIDORES EN URGENCIAS

<b>Personal Paramédico</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Entrenamiento básico en atención al suicidio.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Generar un entorno/perímetro seguro.</li><li>- Dar primeros auxilios médicos.</li><li>- Promover confianza mediante la validación emocional para una aproximación efectiva.</li><li>- Contactar responsable (familiar, pareja o amistad de mayor de edad).</li></ul>
<b>Personal de Medicina Ter. Nivel</b>	<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>
<b>Personal de Enfermería</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>-Capacitación en el modelo Mhgap</li><li>-Capacitación en especialización en identificación, valoración e intervención del comportamiento suicida</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Atención de la lesión y urgencia médica.</li><li>-Promover confianza mediante la validación emocional para una aproximación efectiva.</li></ul>

# PERFIL DE SERVIDORES EN SSM DE URGENCIAS

## Trabajo Social

- Capacitación en especialización en identificación, valoración e intervención del comportamiento suicida

- Promover confianza mediante la validación emocional para una aproximación efectiva.
- Contactar y tener acercamiento con familiares o responsables de la persona.
- Establecer de manera colaborativa el Plan de seguridad.
- Dar seguimiento telefónico a la persona atendida por medio de contacto con la misma o su familiar.
- Activar seguimiento para contrareferencia.
- 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.



**Personal  
de  
Psicología**

- **Formación en psicología clínica.**
- **Capacitación en especialización en identificación, valoración e intervención del comportamiento suicida**
- **Elaboración de plan de seguridad y primeros auxilios psicológicos.**

- **Brindar primeros auxilios psicológicos e intervención en crisis.**
- **Establecer de manera colaborativa el Plan de seguridad.**
- **Activar la red de apoyo (intervenciones psicosociales con familia, pareja, cuidador o responsable).**
- **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.**
- **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.**

# PERFIL DE SERVIDORES EN SSM DE URGENCIAS

<b>Personal especializado en Psiquiatría</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>-Capacitación en especialización en identificación, valoración e intervención del comportamiento suicida.</li><li>-Capacitación en elaboración de plan de seguridad y primeros auxilios psicológicos.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Valoración del estado mental.</li><li>- Anamnesis para determinar probable Dx Psiquiátrico.</li><li>- Tratamiento de urgencia psiquiátrica y seguimiento en consulta externa posterior al alta médica.</li><li>- Hacer contrareferencia 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></ul>
<b>Epidemiología</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Capacitación en especialización en identificación, valoración e intervención del comportamiento suicida</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Registro de casos.</li><li>- Elaboración de reporte mensual en la unidad hospitalaria de casos atendidos por conducta suicida.</li><li>- Reporte de perfil de personas atendidas por conducta suicida.</li></ul>

# Intervenciones para la ideación suicida y el comportamiento suicida

## Intervenciones psicosociales a largo plazo

Terapia de comportamiento cognitivo

- Terapia conductual dialéctica
- Evaluación y manejo colaborativo de la suicidalidad
- Terapia de aceptación y compromiso
- Mentalización
- Psicoterapia interpersonal

## Intervenciones breves

- Contactos cariñosos
- Sin contactos suicidas
- Intervención en la planificación de la seguridad
- Planificación de respuesta a crisis
- Programa de Intervención Corta de Intento de Suicidio
- Hoja de ayuda voluntaria

PRIMER

---

### Suicide and suicide risk

---

*Gustavo Turecki<sup>1\*</sup>, David A. Brent<sup>2</sup>, David Gunnell<sup>3,4</sup>, Rory C. O'Connor<sup>5</sup>,  
Maria A. Oquendo<sup>6</sup>, Jane Pirkis<sup>7</sup> and Barbara H. Stanley<sup>8</sup>*

---

## Suicide and suicide risk

---

*Gustavo Turecki<sup>1</sup>\*, David A. Brent<sup>2</sup>, David Gunnell<sup>3,4</sup>, Rory C. O'Connor<sup>5</sup>,  
Maria A. Oquendo<sup>6</sup>, Jane Pirkis<sup>7</sup> and Barbara H. Stanley<sup>8</sup>*

### **Farmacología**

*Pharmacological agents with potential effect on suicidal  
behaviour*

- Lithium
  - Clozapina
  - Esketamine
  - Selective serotonin reuptake inhibitors
  - Buprenorphina
-



**GRACIAS**