



EL PAPEL DEL PSIQUIATRA EN EL MANEJO DE LA CONDUCTA SUICIDA

Luisa San Emeterio Echevarría; Marcos Gómez Revuelta; Telva Carceller Meseguer; Javier Sastre Yáñez; Elsa Gómez Ruiz; Ana Isabel De Santiago Díaz

luisaelvira.sanemeterio@scsalud.es

suicida, psiquiatra, intervención.



“Soy católico. No puedo cometer suicidio, pero planeo beber hasta matarme”

Jack Kerouac

RESUMEN

La conducta suicida es una conducta compleja, con factores de riesgo y causas múltiples e interrelacionadas, cada persona que intenta el suicidio es única. Nos encontramos ante una persona en un momento de crisis biográfica, en la que las estrategias de afrontamiento han fallado y presenta una conducta suicida que le ha llevado al servicio de urgencias del hospital.

El primer objetivo es la evaluación del riesgo suicida; debemos discriminar las personas que han intentado suicidarse de las personas que lo parece, atendiendo la gravedad de ambas situaciones.

EL PAPEL DEL PSIQUIATRA EN EL MANEJO DE LA CONDUCTA SUICIDA

Nuestra herramienta de valoración es la entrevista clínica en la que siempre de acuerdo con el paciente, con actitud no crítica, debemos realizar una estimación del riesgo explorando: intencionalidad, estado previo, antecedentes personales, factores desencadenantes, método utilizado, posibilidad de rescate, comunicación, factores de riesgo modificables sobre los que podemos intervenir (patología psiquiátrica, consumo de tóxicos, dolor crónico, enfermedad médica...) e inmodificables (traumáticas en el pasado, tentativas previas, situación social) y los factores protectores (familia, creencias, red social). Realizamos un balance entre factores de riesgo, protección, circunstancias y momento concreto del acto suicida.

Una vez realizado el diagnóstico y evaluado el riesgo suicida, establecemos un plan terapéutico, con intervención multidisciplinar en el que implicamos tanto al paciente como a la familia. La intervención está centrada en resolución de la crisis y prevención de nuevas conductas suicidas. El psiquiatra interviene sobre factores de riesgo modificables, estrategias de resolución de conflictos, y refuerzo de los factores de protección. Trabajamos un plan de seguridad, donde el paciente tiene que participar de forma activa.

INTRODUCCIÓN

“Suicidarse es perder la noción de la fatalidad y del destino. No tener más miedo de lo que todavía puede venir a hacerme doler y sufrir. Suicidarse es reconocer que lo peor está ocurriendo ahora. El suicidio es el rechazo rotundo del presente. Por eso pocos neuróticos ansiosos se suicidan, están siempre a la espera de un mal mayor. Suicidarse implica la máxima atención y lucidez, decirse «esta soy yo, ahora, aquí». Y saber, también, que no se debe esperar más. Suicidarse es cerrar una puerta, la de la sala de espera.” Diarios | Alejandra Pizarnik

La complejidad de la conducta suicida viene determinada por la combinación de factores de riesgo y causas múltiples e interrelacionadas, biológicas, psicológicas, sociales, económicas y culturales. Cada persona que intenta el suicidio es única, por lo que la evaluación nos debe permitir identificar los motivos que han llevado a una persona a intentar poner fin a su vida, y nuestra intervención debe proporcionar estrategias que le permitan salir de la situación crítica.

EL PAPEL DEL PSIQUIATRA EN EL MANEJO DE LA CONDUCTA SUICIDA

Nos encontramos ante una persona en un momento de crisis biográfica, en la que las estrategias de afrontamiento han fallado y presenta una conducta suicida que le ha llevado al servicio de urgencias del hospital. Los pacientes que llegan a nuestro programa proceden del servicio de urgencias del hospital, donde han acudido traídos por la familia, por iniciativa propia, por servicios sanitarios, derivación desde atención primaria o especializada porque presentan Ideación suicida o han realizado una Tentativa suicida.

Conceptos clave:

Ideación suicida. Son pensamientos, deseos, fantasías, sobre el suicidio. Debemos valorar la intensidad y la intencionalidad.

Comunicación suicida: Se comunican pensamientos, deseos o intencionalidad de acabar con la propia vida. Debemos explorar la comunicación verbal y la no verbal.

Intento de suicidio: Conducta potencialmente lesiva y autoinfligida, en la que hay intención de morir pero no conduce a la muerte.

Suicidio: Daño autoinfligido con intención de morir que conduce a la muerte.

Factores de riesgo: Según la epidemiología un factor de riesgo es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad o cualquier otro problema de salud. El nivel de riesgo aumentará en función del número de factores, aunque hay algunos que tienen mayor peso que los otros. El 80-90% de las autopsias psicológicas concluyen que había un trastorno mental.

EL PAPEL DEL PSIQUIATRA EN EL MANEJO DE LA CONDUCTA SUICIDA

	MODIFICABLES	INMODIFICABLES
Individuales	<p>Problemas Salud mental</p> <p>T depresivos, más frecuente</p> <p>T. Bipolar</p> <p>Esquizofrenia 1ª etapa</p> <p>Abuso sustancias OH, más frecuente</p> <p>TCA</p> <p>TDAH</p> <p>Factores psicológicos y rasgos de personalidad (dificultan al individuo a resolver conflictos, adaptarse)</p> <p>Desesperanza</p> <p>Perfeccionismo</p> <p>Impulsividad</p> <p>Pensamiento dicotómico</p> <p>Rigidez cognitiva</p> <p>Dificultad en resolución de conflictos</p> <p>Ira, irritabilidad, hostilidad</p> <p>Enfermedad física, dolor crónico o discapacidad.</p>	<p>Factores genéticos</p> <p>Edad (adolescentes, edad avanzada)</p> <p>Sexo (varón suicidio mujer tentativa)</p> <p>Intentos de suicidio previos</p>
Sociofamiliares y contextuales	<p>Falta de apoyo familiar</p> <p>Discriminación</p> <p>Aislamiento social</p>	<p>Historia familiar de suicidio</p> <p>Exposición a violencia, abuso o situaciones traumáticas infancia</p> <p>Nivel socioeconómico y situación laboral</p> <p>Estigma y barreras culturales que dificultan búsqueda ayuda</p> <p>Barrera de acceso al sistema de salud</p>

EL PAPEL DEL PSIQUIATRA EN EL MANEJO DE LA CONDUCTA SUICIDA

Factores protectores: Los factores de protección son condiciones o atributos en individuos, familias, comunidades o la sociedad en general que ayudan a las personas a lidiar más efectivamente con eventos estresantes y mitigar o eliminar el riesgo en las familias y comunidades.

El fortalecimiento de estos de ser el objetivo de nuestra intervención.

FACTORES PROTECTORES	
Personales	Habilidades en resolución de conflictos, confianza en uno mismo, habilidades en las relaciones interpersonales y sociales, flexibilidad cognitiva, capacidad de autocontrol cognitivo y emocional,
Sociales o medioambientales	Acceso a servicios de salud Restricción a medios letales Apoyo familiar y social, integración social. Creencias y prácticas religiosas, Valores culturales y tradicionales. Relación terapéutica positiva En adolescentes: cohesión familiar y con el grupo de iguales.

Factores precipitantes: no causan la enfermedad de forma absoluta. Sin embargo, generan un clima y un entorno que, unido a los **factores** individuales predisponentes de cada persona, se vuelven propicios para el desarrollo de una enfermedad. Crean un estrés intenso en un momento dado en la persona y precipitan un acto suicida. Existe una elevada incidencia de acontecimientos vitales estresantes en los meses previos al suicidio o la tentativa de suicidio, especialmente en el mes previo. Y también el estrés crónico acumulativo de diferentes acontecimientos adversos en periodos más largos. Suelen tener diferencias de género y por edades.

EL PAPEL DEL PSIQUIATRA EN EL MANEJO DE LA CONDUCTA SUICIDA

FACTORES PRECIPITANTES	Ambos sexos	Hombres	mujeres
Adolescentes	Malas relaciones familiares Conflicto con el grupo de iguales Bullying		
Adultos	Pérdida de bienestar económico y social Problemas laborales y familiares Fácil acceso a armas de fuego o fármacos	Enfermedad somática Conflictos interpersonales, financieros, laborales, familiares, desempleo	Trastornos mentales Conflictos interpersonales Pérdida de seres queridos Victimización relacional crónica aumente la IAL Victimización física las TAL
Personas mayores	Pérdida de salud Soledad, viudedad.		

EL PAPEL DEL PSIQUIATRA EN EL MANEJO DE LA CONDUCTA SUICIDA

Señales de alarma

Son un conjunto de conductas que aparecen en las personas con ideación suicida. No significan que una persona vaya a suicidarse pero sí pueden ser indicios en aquellos que aparece de forma novedosa o frecuentemente.

Signos y síntomas verbales o no verbales	Declaraciones o amenazas de suicidio (deben ser consideradas, es una forma de pedir ayuda) Preocupación por la muerte o falta de esperanza (hablar de la muerte más de lo habitual) Uso de drogas, el alcohol más frecuente. Deshacerse de posesiones queridas Despedidas Aislamiento Cambios extremos de conducta Quejas sobre su estado de salud física Hacerse daño a uno mismo (cortes, quemaduras accidentales) Mejorías repentinas en su estado emocional.
En personas vulnerables	Fechas señaladas (aniversarios, cumpleaños), Cambios en circunstancias del entorno Traumas, pérdidas

Hemos podido observar la cantidad de factores que influyen en que una persona tome la decisión de poner fin a su vida. En la actualidad hay diferentes modelos explicativos que nos permiten comprender este fenómeno tan complejo.

EL PAPEL DEL PSIQUIATRA EN EL MANEJO DE LA CONDUCTA SUICIDA

El modelo explicativo propuesto por Mann y colaboradores (1999-2003) de estrés-vulnerabilidad que integra dos dimensiones interrelacionadas: la dimensión de las características de la persona generadoras de vulnerabilidad (genéticas, biografías con acontecimientos traumáticos, rasgos de personalidad, consumo de sustancias) y la dimensión de los desencadenantes o precipitantes (trastorno mental agudo, acontecimientos vitales adversos recientes).

Un modelo más reciente de comprensión del suicidio es el de la teoría psicológica interpersonal. Teoría basada en principios, la persona que muere mediante el suicidio han desarrollado una tolerancia al dolor a través de las experiencias de la vida, habituándose a la violencia y al dolor. Esta desensibilización junto con una sensación de carga y una disminución del sentido de pertenencia contribuyen al riesgo de suicidio. El trabajo de Joiner fue fundamental para indicar a los teóricos que considerasen el suicidio a lo largo de un continuo; es decir cómo puede progresar la ideación suicida a una conducta suicida. Klonsky y May (2015) en la Teoría de los Tres Pasos del suicidio (3ST) de la ideación a la acción. El autor se plantea qué sería necesario para que alguien con ideación suicida pase a realizar una tentativa suicida letal. La ideación suicida se origina de la combinación de “dolor y desesperanza”, “falta de conexión o vinculación a otras personas”, “ausencia de un trabajo o proyecto vital significativo” junto con la propia “capacidad de suicidio”. Interviniendo para mejorar estas dificultades, conseguiríamos reducir el riesgo (por ejemplo, los antidepresivos mejoran el dolor mental; a su vez esto también mejora la desesperanza y le permite volver a conectar con el entorno, con lo que disminuimos el riesgo de suicidio).

Nos encontramos que hay diferencias entre los suicidas, los ideadores y los que lo intentan.

Fase de evaluación clínica y diagnóstico

No existen protocolos de evaluación de conducta suicida. La entrevista clínica es nuestra herramienta de evaluación y es el primer encuentro del psiquiatra con el paciente suicida en el programa CARS (programa de alta resolución para el manejo de la conducta suicida y prevención del suicidio).

EL PAPEL DEL PSIQUIATRA EN EL MANEJO DE LA CONDUCTA SUICIDA

La evaluación del riesgo suicida requiere un análisis y valoración de los factores de riesgo en cada persona, los eventos estresantes específicos y las características personales y sociales. Los pacientes que llegan a nuestro programa, proceden del servicio de urgencias del hospital donde han llegado, de forma voluntaria, solos o acompañados, traídos por los servicios de emergencias, derivados desde atención primaria o atención especializada, por presentar ideación suicida o haber realizado un intento de suicidio. Una vez valorado por el psiquiatra de guardia del hospital, se decide derivación a nuestro programa dependiendo del riesgo de suicidio. El paciente es acogido por enfermería en las primeras 24-72 horas tras la conducta suicida, quien comienza la intervención, explicando contenido del programa tanto al paciente como a la persona de referencia.

Nos encontramos ante una persona que en las horas, días previos ha vivido una situación crítica que le ha generado un gran dolor emocional que considera intolerable, insoportable, que ha vivido con mucha angustia y que además percibe como algo que no va a terminar o que se siente incapaz de cambiar. Una persona a la que sus estrategias de afrontamiento de malestar le ha fallado y ha intentado poner fin a su vida con un intento de suicidio o está pensando en hacerlo. Nos encontramos a una persona atrapada. Este primer encuentro es complicado, para el paciente y para el psiquiatra. Debemos mantener una actitud tranquila, empática, sin juzgar, de escucha, sin generalizaciones ni prejuicios y de reconocimiento de la gravedad de la situación personal que está viviendo. Tenemos que favorecer la creación de un vínculo terapéutico sólido que va actuar como motor de la recuperación. En este primer encuentro le explicamos a la persona cual va a ser nuestra intervención, solicitamos su aprobación para poder realizar una exploración de los acontecimientos, emociones que le han llevado a desear poner fin a su vida. Es importante la idea de que cada paciente que nos encontramos es único; si no lo entendemos así no podremos entender cuáles han sido los motivos que le han conducido al acto suicida o cómo han aparecido las ideas de suicidio. Debemos ayudarlo a construir un relato de la historia que le ha conducido hasta ese momento e intentar centrarnos más en aspectos emocionales que racionales, que nos permita comprender que ha ocurrido. No debemos temer preguntar y aclarar las dudas. Siempre respetando al paciente y sus tiempos. Y señalar que estamos con ellos para intentar entender y ayudar a superar su crisis. Nos encontramos ante diferentes emociones, difíciles de manejar, tristeza, ira, culpa, vergüenza, soledad, fracaso, angustia, desesperanza.

EL PAPEL DEL PSIQUIATRA EN EL MANEJO DE LA CONDUCTA SUICIDA

En el psiquiatra también se despiertan las suyas, que hay que manejar mostrando tranquilidad y respeto. Señalo la importancia de tener en cuenta estos aspectos, ya que el perfil del paciente que llega al programa no es un paciente prototipo, con cuadro depresivo mayor grave sino que son personas en crisis, con historias biográficas complicadas, con rasgos de personalidad desadaptativos o escasos recursos personales y sociales (en ocasiones) y que no esperan mucha ayuda pues a veces el sistema le ha fallado o como he señalado anteriormente se sienten atrapados, sin salida. Muchas veces ambivalentes.

Durante la entrevista debemos implicar al paciente en la toma de decisiones y explicar los objetivos y la finalidad de la evaluación. Construir vínculos terapéuticos positivos, sólidos nos ayuda a prevenir las conductas suicidas. El psiquiatra es el encargado de valorar la situación y establecer un diagnóstico del paciente, de la situación y actuar en consecuencia.

Tras este primer contacto, comenzamos explorando ¿qué es lo que ha ocurrido para que llegue al programa CARS? Debemos realizar una estimación del riesgo explorando y ¿Qué exploramos?

- Motivación interna ¿que ha llevado al paciente a la conducta suicida? Dolor emocional extremo, necesidad de escapar y la desesperanza son factores muy importantes. Motivaciones externas de comunicación hacia los otros, intentando buscar un cambio en el entorno.
- Escena suicida: preparación, provisión de ayuda, método utilizado, grado de convicción sobre el método utilizado.
- Letalidad del intento.
- Intencionalidad: Es una decisión firme o una probabilidad.
- Ideación suicida. Intensidad, activa o pasiva, frecuencia. Su reacción emocional hacia ésta.
- Plan suicida (nivel de elaboración: a mayor elaboración de un plan suicida mayor riesgo; la disponibilidad de medios para el suicidio incrementa el riesgo).
- Presencia de patología psiquiátrica.
- Soledad (falta de apoyo social y familiar incrementa el riesgo).

EL PAPEL DEL PSIQUIATRA EN EL MANEJO DE LA CONDUCTA SUICIDA

- Consumo de alcohol u otras sustancias (la limitación de la capacidad de autocontrol del individuo puede favorecer comportamientos suicidas).
- Dificultades sociales (la marginación, el desempleo o la falta de expectativas incrementan el riesgo).
- Especial atención si el paciente tiene antecedentes de tentativa suicida previa.
- Cambios de los días previos. Señales de alerta.
- Acontecimientos vitales desencadenantes. Cómo lo vive el paciente en ese momento.
- Antecedentes médicos: dolor crónico, enfermedad terminal
- Exploración psicopatológica: Estado mental y de conciencia, competencia para la toma de decisiones. descripción de síntomas de cara a obtener un diagnóstico de trastorno mental.
- Factores de riesgo, precipitantes y protectores.
- Antecedentes familiares.

- Algunas consideraciones:
 - Tomarse en serio cualquier tentativa suicida (las tentativas con fin manipulativo pueden llevar a la muerte).
 - Las personas sin antecedentes psiquiátricos o patología psiquiátrica también pueden suicidarse.
 - El riesgo suicida es dinámico, se debe explorar en diferentes momentos del tratamiento.
 - Los datos obtenidos de la exploración clínica deben ser recogidos fielmente en la historia clínica.
 - El paciente debe participar de forma activa.
 - Aceptar la participación de una persona de referencia (familiar, amigo), que actuará como apoyo y fuente de información. No sobrecargar. Y a medida que avanza la intervención que el paciente asuma más el control.
- Firmar consentimiento informado.

EL PAPEL DEL PSIQUIATRA EN EL MANEJO DE LA CONDUCTA SUICIDA

- Utilizamos escalas de evaluación como apoyo a la entrevista de valoración que en nuestro programa son las que utiliza el psiquiatra:
- SAD PERSONS evalúa el riesgo de comportamiento suicida en base a factores de riesgo sociodemográficos y clínicos.
- Depresión : Escala de depresion de Hamilton (HDRS17)
- Ansiedad : Escala de ansiedad clínica (CAS)
- Ideación suicida: Escala de ideación suicida de Beck (SSI)
- Intencionalidad: Escala de intencionalidad suicida (SIS)
- Razones para vivir: Inventario de razones para vivir (RFL)
- Resolvemos dudas de la hoja de información (formulario de recogida de datos clínicos y sociodemograficos) que nos orienta sobre el riesgo suicidio y posterior investigación.
- Una vez realizada esta primera fase exploratoria debemos tener una estimación del riesgo de suicidio (el resultado de una impresión clínica apoyado por escalas de evaluación) y tener un diagnóstico. Para ello realizamos un balance entre factores de riesgo, protección, circunstancias y momento vital. Nuestro primer objetivo es mantener al paciente seguro y conseguir su estabilización. Para ello debemos explorar y determinar el riesgo de suicidio de esa persona. Debemos discriminar las personas que han intentado suicidarse de las personas que lo parece, atendiendo la gravedad de ambas situaciones. No es tarea fácil.

Una vez que tenemos el diagnóstico y hemos valorado el riesgo, debemos iniciar la toma de decisiones

- Si el paciente debe ingresar por riesgo grave de suicidio. Pocas ocasiones.
- El paciente tiene una patología leve, el riesgo es bajo y está vinculado con la red de salud mental, se realiza una breve contención en crisis y se facilita la continuación de cuidados.
- Paciente con riesgo medio- alto, permanece en el programa. El equipo actúa como apoyo, con accesibilidad constante a nuestro dispositivo o al servicio de urgencias.

EL PAPEL DEL PSIQUIATRA EN EL MANEJO DE LA CONDUCTA SUICIDA

Elaboración de un Plan de intervención

Realizado el diagnóstico y evaluado el riesgo suicida, establecemos un plan terapéutico.

La intervención en nuestro programa es un tratamiento multidisciplinar con intervención farmacológica, psicoterapéutica y psicosocial, ya que consideramos que en etiología de la conducta suicida intervienen factores biológicos, psicológicos, familiares y sociales. Implicamos tanto al paciente como a la familia. La intervención está centrada en resolución de la crisis y prevención de nuevas conductas suicidas.

La intervención del psiquiatra se dirige a disminuir los factores de riesgo modificables (Trastorno mental, sintomatología psíquica, estrategias de resolución de conflictos) e intentar potenciar los factores protectores (para ello nos servimos de la escala de razones para vivir).

Fases del tratamiento con diferentes intervenciones y figuras participantes.

Fase de estabilización. Resolución de la situación de crisis. El psiquiatra y el enfermero son los principales participantes junto con el paciente y la figura de referencia. Tratamiento de alta intensidad, las visitas con psiquiatra son de una o dos veces por semana. Hay seguimiento más intensivo con enfermería que ante señales de alarma interconsulta y se valora la necesidad de intervención. Lo más frecuente es una visita del psiquiatra y una o dos visitas de enfermería a la semana, durante las primeras 4 semanas. El tratamiento farmacológico de la patología de base es el mecanismo más efectivo a la hora de abordar la conducta suicida. Los diagnósticos más frecuentes trastornos depresivos, trastornos adaptativos y TUS (OH más frecuente). El tratamiento deberá abordar la patología de base así como factores de riesgo adicional (ansiedad, insomnio, impulsividad). Durante el periodo de crisis contamos con un familiar de referencia, que supervisará al paciente y será quien controle el tratamiento farmacológico.

EL PAPEL DEL PSIQUIATRA EN EL MANEJO DE LA CONDUCTA SUICIDA

Tratamientos farmacológicos utilizados:

- **Antidepresivos:** Su utilización es efectiva en el tratamiento de los trastornos depresivos y ansiosos. Además han resultado efectivos en el tratamiento de la impulsividad y agresividad. ISRS, Duales. No utilizamos antidepresivos tricíclicos por riesgo de letalidad en sobreingesta.
- **Benzodiazepinas:** Se utilizan en las primeras semanas del tratamiento, asociados a antidepresivos, si aparece ansiedad y problemas de sueño.
- **Litio:** Se ha demostrado su eficacia en la reducción de la conducta suicida en pacientes bipolares y con trastornos afectivos. Se cree que por disminuir la impulsividad y la agresividad. En pacientes bipolares en tratamiento con litio aumentaba la posibilidad de conducta suicida tras la supresión de este.
- **Antiepilépticos.** Además de cómo estabilizadores del humor, también se habla de su efecto ansiolítico y antimpulsivo que podría prevenir las conductas suicidas. Acido valproico y carbamazepina disminuye la conducta suicida en pacientes con trastorno bipolar. La gabapentina como ansiolítico.
- **Antipsicóticos atípicos:** Olanzapina, quetiapina y aripiprazol. Como tratamiento de recaídas en trastorno bipolar. La olanzapina puede ser eficaz en tratamiento de episodios depresivos y disminuir la conducta suicida. Quetiapina se observó mejoría en la agresividad, impulsividad y suicidabilidad. Aripiprazol mejoró la impulsividad, clínica depresiva y ansiosa. La clozapina no la solemos utilizar pues el paciente que llega a nuestro programa no suele ser un psicótico, pero es de elección en conducta suicida de paciente con esquizofrenia. Suelen ser pacientes con TAL graves y suelen ingresar.
- **Ketamina y Esketamina.** Estudios recientes observan una disminución de la conducta suicida en pacientes depresivos.

Fase de mantenimiento y prevención de conductas suicidas.

EL PAPEL DEL PSIQUIATRA EN EL MANEJO DE LA CONDUCTA SUICIDA

Una vez estabilizado, los síntomas como el dolor, la tristeza, la angustia, la ideación suicida, la desesperanza, la impulsividad, han mejorado nuestra intervención está dirigida a fomentar los factores de protección, reforzar capacidades, estrategias de resolución de conflictos, vinculación con grupo terapéutico, y trabajar con el plan de seguridad. En este momento el papel del psiquiatra es más de apoyo, las visitas pueden ser cada dos semanas, según evolución y participa más psicología y terapeuta ocupacional si el paciente participa en el grupo. Los pacientes que no participan en el grupo se mantienen frecuencia semanal o quincenal apoyados por enfermería.

Trabajamos con el paciente en la creación de un plan de seguridad: que será un instrumento que le permitirá reducir el riesgo de cometer un intento de suicidio. Incluye personas, lugares, estrategias que le permiten superar la ideación suicida en caso de reaparecer. Es personal y lo solemos elaborar los terapeutas con el paciente. Tiene que participar activamente en su creación. Este plan consta de varios apartados. El psiquiatra trabaja más con las señales de alarma, ayudando a identificar situaciones emocionales, sociales o familiar que desencadenen ideación suicida; reforzando los factores de protección, buscar lo que le ayuda cuando se encuentra mal y reforzar sus razones para vivir.

Paso 5: Mis apoyos
En caso de crisis, conviene hablar con alguien de confianza que pueda ayudarme a desahogarme de mis pensamientos suicidas.
No temas pedir ayuda, piensa que las personas que te aprecian están dispuestas a ayudarte.
Pregúntate: ¿Con quién puedo hablar que me ayude a sentirme mejor?
1.Título.....
2.Título.....
3.Título.....
4.Título.....

Mis pautas de protección
Recuerda que las crisis son transitorias, la muerte no Aprende a buscar soluciones no suicidas a los problemas.
Comunica tus pensamientos a las personas de confianza.
Permáncete acompañado hasta que se pasen los pensamientos suicidas.
Distánciate de cualquier medio con el que puedas hacerte daño.
Evita el consumo de alcohol u otras drogas. Intenta mantenerte activo y ocupado.
NO ESTAS SOLO
¿Cómo debo actuar?
Cuando observe mis señales de alarma.
Contacto con mis apoyos y les explico como me siento y lo que estoy pensando.
Si me sigo encontrando mal llámame a mis recursos de ayuda.
En el caso que mi plan falle y sigo sintiendo que la única solución es el suicidio.
Marque el 112 o Acudiré al centro de urgencias más cercano.

Guía de autoayuda Plan de seguridad
Programa de Alta Resolución para el Manejo de la Conducta Suicida y Prevención del suicidio
CARS
El Plan de seguridad es un instrumento que me permite reducir el riesgo de cometer un intento de suicidio.
Incluye personas, lugares, estrategias que me permiten superar la ideación suicida en caso de reaparecer.
Es personal y puedes elaborarlo solo o junto a un familiar, amigo, terapeuta.

Paso 1: Convierto mi hogar en un lugar seguro
Hay ocasiones en las que el dolor psicológico es intenso, entonces pienso en hacerme daño. Si esto me ocurre es importante que no tenga a mano los objetos que pueda utilizar para este fin. Para ello es importante desahogar todos los objetos que puedan ser peligrosos para mí.
¿Cómo puedo hacerlo?
- Desahogarme de todas las pastillas que no necesito, guardar solo lo que necesito y no suponga peligro.
- Guardar todos los objetos o armas que puedan suponer un riesgo para mí o para otros.
- Para ello puedo pedirle a mi persona de confianza que colabore conmigo, guardándose los medicamentos, solo quedarme con los que necesito para unos días.

Paso 2: Mis señales de alarma: Los factores de riesgo
Identifica que señales te pueden indicar el regreso de pensamientos suicidas. En general las ideas suicidas no aparecen por "sorpresa". Casi siempre hay señales de alarma o algo que las desencadena. Será más fácil salir adelante si las identificas y tomas alguna medida al respecto lo antes posible.

Señales de alarma "externas"
entramentos, discusiones, pérdidas, situaciones de estrés.

Señales de alarma "internas"
sientras triste, aburrido, tener pensamientos negativos, pérdida de interés por las cosas, cambios en la alimentación, consumo de tóxico.

Pregúntate: ¿Qué medidas saludables puedo tomar para sentirme mejor?
1.
2.
3.

Pregúntate: ¿Qué señales de alarma noto cuando estoy comenzando una crisis?
1.
2.
3.

Paso 3: Lo que me ayuda y protege: Los factores de protección.
Si te sientes decaído o tienes pensamientos suicidas, intenta pensar en algo diferente. Busca maneras de manejar tu malestar emocional. Son todas esas cosas que te hacen sentir bien habitualmente: hablar con alguien en quien confiar, salir a caminar o hacer ejercicio, escuchar música, leer ver una película, practicar mi pasatiempo favorito...

Paso 4: Mis razones para vivir
Siempre es importante tener presente lo que realmente es valioso en la vida. Para muchas personas la familia, los amigos, su mascota, trabajo, aficiones, creencias, son importantes. Todas podemos encontrar nuestras razones para vivir si nos paramos a pensar en ello.
En los momentos de crisis es más difícil pararse a pensar, por eso ahora registra cuando estás tranquilo cuáles son tus razones para vivir.
Pregúntate: ¿Qué es importante para mí?
1.
2.
3.

Estamos trabajando en otro modelo de Plan de Seguridad.

Una vez trabajado el registro en el plan de seguridad personal el paciente lo debe conservar y lo utilizará en momentos de crisis, actúa como un objeto transicional.

EL PAPEL DEL PSIQUIATRA EN EL MANEJO DE LA CONDUCTA SUICIDA

Fase finalización

Cuando se ha producido la resolución de la crisis, el tratamiento de mantenimiento y prevención de conductas suicidas, se trabaja la despedida del programa. Le damos alta del servicio con derivación a la Unidad de Salud mental de referencia donde nos aseguramos que se mantenga la continuidad de cuidados. El tiempo de permanencia en el programa oscila entre 1 y 3 meses.

BIBLIOGRAFÍA

EL PAPEL DEL PSIQUIATRA EN EL MANEJO DE LA CONDUCTA SUICIDA

1. Silverman MM, Berman AL, Sanddal ND, O'Carroll P, Joiner TE. Rebuilding the Tower of Babel: a revisited nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. *Suicide Life Threat Behav.* 2007; 37(3):248-77.
2. Fleischmann A, Bertolote JM, Wasserman D, De Leo D, Bolhari J, Botega NJ, De Silva D, Phillips M, Vijayakumar L, Värnik A, Schlegel L, Thanh HT. Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: a randomized controlled trial in five countries. *Bull World Health Organ.* 2008 Sep;86(9):703-9
3. World Health Organization. SUPRE-MISS Protocol. Geneva: WHO; 2002.
4. Oquendo MA, Currier D, Posner K. Reconceptualización de la nosología psiquiátrica: el caso de la conducta suicida. *Rev Psiquiatría Salud Mental (Barcelona)* 2009;2(2):63-65.
5. Oquendo MA, Baca-García E, Mann JJ, Giner J. Issues for DSM-V: Suicidal behaviour as a separate diagnosis on a separate axis. *Am J Psychiatry.* 2008; 165:1383-4.
6. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition.* Arlington: American Psychiatric Publishing; 2013.
7. Guía de la práctica clínica de prevención y tratamiento de la Conducta suicida. Guías de práctica clínica en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Avatalia 2012.
8. Navío Acosta M, Pérez Sola V. Depresión y suicidio 2020. Documento estratégico para la promoción de la Salud Mental. SEP, FEPSM, SEPB. Wecare-U. Madrid 2020.
9. Van Heeringen K, Mann JJ. The neurobiology of suicide. *Lancet Psychiatry.* 2014 Jun;1(1):63-72.
10. Mann JJ, Waternaux C, Haas GL & Malone KM. Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *Am J Psychiatry.* 1999; 156:181-189.
11. Oquendo MA, Sullivan GM, Sudol K, Baca-García E, Stanley BH, Sublette ME, Mann JJ. Toward a biosignature for suicide. *Am J Psychiatry.* 2014 Dec 1;171(12):1259-77.
12. Mann JJ, Michel CA, Auerbach RP. Improving Suicide Prevention Through Evidence-Based Strategies: A Systematic Review. *Am J Psychiatry.* 2021 Jul;178(7):611-624.

EL PAPEL DEL PSIQUIATRA EN EL MANEJO DE LA CONDUCTA SUICIDA

13. Chu C, Buchman-Schmitt JM, Stanley IH, Hom MA, Tucker RP, Hagan CR, Rogers ML, Podlogar MC, Chiurliza B, Ringer FB, Michaels MS, Patros CHG, Joiner TE. The interpersonal theory of suicide: A systematic review and meta-analysis of a decade of cross-national research. *Psychol Bull.* 2017 Dec; 143(12):1313-1345.
14. Klonsky ED, Dixon-Luinenburg T. Mental Disorders and Beyond in the Quest to Understand Suicide: A Reply to Joiner and Robison. *Arch Suicide Res.* 2022 Jan 4:1-4.
15. Klonsky ED, May AM, Saffer BY. Suicide, Suicide Attempts, and Suicidal Ideation. *Annu Rev Clin Psychol.* 2016; 12:307-30.
16. Weisler RH, Khan A, Trivedi MH, Yang H, Eudicone JM, Pikalov A, Tran QV, Berman RM, Carlson BX. Analysis of suicidality in pooled data from 2 double-blind, placebo-controlled aripiprazole adjunctive therapy trials in major depressive disorder. *J Clin Psychiatry.* 2011 Apr;72(4):548-55
17. Xiong J, Lipsitz O, Chen-Li D, Rosenblat JD, Rodrigues NB, Carvalho I, Lui LMW, Gill H, Narsi F, Mansur RB, Lee Y, McIntyre RS. The acute antisuicidal effects of single-dose intravenous ketamine and intranasal esketamine in individuals with major depression and bipolar disorders: A systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res.* 2021 Feb;134:57-68.
18. Anseán A. Suicidios. Manual de prevención, intervención y postvención de la conducta suicida . Fundacion Saud Mental España 2ª edición Madrid 2014.