

MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA  
El presente documento es copia FIEL DEL ORIGINAL

05 SEP 2017



HEIDY PERALTA ALARCON  
FEDATARIO TITULAR  
R.D. N° 283-2012-SA-DS-HNCH/DG  
TRAMITE INTERNO

### RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Lima, 28 de agosto de 2017

Visto el Expediente 16635-2017 con Oficio N° 716-DEMCC-2017/HCH, el Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos adjunta la Guía Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento del Intento de Suicidio del Servicio de Emergencia del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos del Hospital Cayetano Heredia 2017", y;

#### CONSIDERANDO:

Que, la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establece que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo. La protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA, se aprueban las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", estableciendo que las Guías Técnicas, constituyen documentos en los cuales se define por escrito y de manera detallada el desarrollo de determinados procesos, procedimientos y actividades administrativas asistenciales o sanitarias. En ella se establecen procedimientos, metodologías, instrucciones o indicaciones que permite al operador seguir un determinado recorrido, orientándolo a cumplir el objetivo de un proceso y al desarrollo de una buena práctica;

Que, en virtud del inciso b) el art. 71 del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Cayetano Heredia, el Servicio de Emergencias del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos, presenta la "Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento del Intento de Suicidio del Servicio de Emergencia del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos del Hospital Cayetano Heredia 2017", la cual, tiene como objetivos: Establecer los criterios básicos para la evaluación y diagnóstico de los pacientes con intento de suicidio. A su vez, conocer y estandarizar el conocimiento respecto a la etiología, fisiopatología, aspectos epidemiológicos, factores de riesgo y cuadro clínico básicos que suponen el intento de suicidio. Finalmente establecer de manera práctica el manejo y terapéutica pertinentes para los pacientes que acuden luego de llevar a cabo un intento de suicidio;

Que, estando a lo propuesto por el Jefe del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos mediante el Oficio N° 716-DEMCC-2017/HCH; y lo opinado por la Oficina de Asesoría Jurídica en el Informe N° 565-2017-OAJ/HCH;



Con la visación del Jefe del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos, del Jefe de la Oficina de Gestión de Calidad y del Jefe de Asesoría Jurídica;



De conformidad con lo dispuesto en la Ley del Procedimiento Administrativo General N° 27444 y las facultades previstas en el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Cayetano Heredia aprobado por Resolución Ministerial N° 216-2007/MINSA;

**SE RESUELVE:**

**Artículo 1°.- APROBAR** la "Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento del Intento de Suicidio del Servicio de Emergencia del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos del Hospital Cayetano Heredia 2017", la misma que se adjunta y forma parte integrante de la presente resolución.



**Artículo 2°.- ENCARGAR** al Departamento de Emergencias y Cuidados Críticos del Hospital Cayetano Heredia, adopte las acciones administrativas para el cumplimiento de la presente Guía.



**Artículo 3°.- DISPONER** que el Jefe de la Oficina de Comunicaciones efectúe la publicación de la presente Resolución en la página web del Hospital.

**REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE.**

MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL CAYETANO HEREDIA  
DR. SEGUNDO ACHO MEGO  
DIRECTOR GENERAL  
D. N. N. 97281

- ( ) SCAM/BCI/ACV  
**DISTRIBUCIÓN:**  
( ) OAJ  
( ) DEMCC  
( ) OCOM  
( ) Archivo

GUÍA DE PRÁCTICA  
CLÍNICA  
DIAGNÓSTICO Y  
TRATAMIENTO DEL  
INTENTO DE SUICIDIO

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA  
DEPARTAMENTO DE  
EMERGENCIA Y CUIDADOS  
CRÍTICOS

SERVICIO DE EMERGENCIA

Dr. Oscar Coronado Molina

Médico Asistente de Emergencia Psiquiatra

Dr. Manuel Díaz De Los Santos

Jefe del Dpto. de Emergencia y Cuidados Críticos

Dr. Víctor García Cachique

Jefe del Servicio de Emergencia

Edición: Téc. Admn. María Olivera Ch.

2017



Bic

**GUIA DE PRACTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE INTENTO SUICIDA**

<b>I FINALIDAD</b>	La finalidad de esta guía es estandarizar la evaluación, diagnóstico y manejo de pacientes con intento de suicidio en el ámbito de emergencia.	
<b>II OBJETIVO</b>	Establecer a través de esta guía los criterios clínicos básicos para la evaluación y diagnóstico de los pacientes con intento de suicidio. A su vez conocer y estandarizar el conocimiento respecto a la etiología, fisiopatología, aspectos epidemiológicos, factores de riesgo y cuadro clínico básicos que suponen el intento de suicidio. Finalmente establecer de manera práctica el manejo y terapéutica pertinentes para los pacientes que acuden luego de llevar a cabo un intento de suicidio.	
<b>III AMBITO DE APLICACIÓN</b>	Departamento de emergencia, Hospital Cayetano Heredia	
<b>IV PROCESO A ESTANDARIZAR</b>	Diagnóstico y tratamiento del intento de suicidio	CIE 10 : x 60 al x 84
<b>V CONSIDERACIONES GENERALES</b>	5.1 DEFINICIONES	<p><b>PROPENSIÓN AL SUICIDIO:</b> Constituye una verdadera perversión del instinto fundamental que conserva la propia vida.</p> <p><b>SUICIDIO:</b> Muerte autoprovocada con evidencia que hubo propósito de quitarse la vida.</p> <p><b>INTENTO DE SUICIDIO:</b> Conducta autoagresiva sin desenlace fatal donde se concluye que hubo como propósito el fin de la vida.</p> <p><b>IDEACIÓN SUICIDA:</b> La presencia de la idea de quitarse la vida.</p>
	5.2 ETIOLOGÍA	<p>La etiología del intento de suicidio puede ser como la mayoría de los trastornos de la conducta, multifactorial, y aunque ninguna causa es suficiente para explicar dicha conducta, los factores genéticos y la patología psiquiátrica preexistente son la causas aisladas más importantes.</p> <p>La importancia de los factores genéticos se puede observar en los estudios con familiares de pacientes con intento de suicidio</p>
	5.3 FISIOPATOLOGÍA	<p>Es conocido que la conducta suicida tiene múltiples causas. Si los gatillos pueden ser mayormente atribuidos a factores ambientales, la predisposición puede ser asociada con estresores tempranos y predisposición genética.</p> <p>Las últimas décadas de investigación han documentado anomalías en el eje hipotálamo-adrenal, así como los sistemas noradrenérgico y serotoninérgico en la conducta suicida. Se ha estudiado en especial el sistema serotoninérgico en pacientes con conductas suicidas debido al rol de la serotonina en las conductas impulsivo-agresivas que suponen un factor de riesgo mayor en dichas conductas. La regulación de los factores neurotróficos también se encuentra comprometida, en especial la regulación del factor neurotrófico derivado del cerebro (siglas en inglés: BDNF) que en múltiples estudios pre y pos mortem se encuentra disminuido. Este factor a su vez se relaciona con predisposición genética y epigenética aún en estudio.</p>
	5.4 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS	<p>Más de 800 000 personas se suicidan cada año, una muerte cada 40 segundos.</p> <p>El suicidio es la segunda causa de defunción entre personas de 15 a 29 años.</p> <p>El 75 % de los suicidios se produce en países de bajos y medianos ingresos.</p> <p>En el estudio epidemiológico de salud mental en Lima Metropolitana y Callao, realizado el año 2012 por el Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi", se encontró que la prevalencia de vida de intento suicida es 2,8 %.</p> <p>Una de cada 10 personas que intenta suicidarse lo logra.</p> <p>El intento de suicidio es la primera causa de atención de psiquiatría en la emergencia del hospital general Cayetano Heredia (60 %).</p> <p>La ingesta de carbamatos seguida por consumo de fármacos son considerados los principales métodos de intento de suicidio en nuestro medio.</p>
	5.5 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS	<p><b>SOCIO-DEMOGRÁFICOS</b></p> <p>El género masculino tiene 4.5 veces más riesgo de suicidio que el femenino al usar métodos más letales, mientras que las mujeres suelen intentarlo tres veces más.</p> <p>La población adulta mayor es la considera de mayor potencial de riesgo suicida.</p> <p>Diversos acontecimientos o circunstancias estresantes, como el desempleo o inestabilidad laboral, el bajo nivel educativo, la pérdida de personas queridas, el pobre soporte socio-familiar, las discusiones con la familia o los amigos, la ruptura de las relaciones y los problemas legales o relacionados con el trabajo, el maltrato o acoso en cualquiera de sus formas, pueden aumentar el riesgo de que las personas atenten contra sí mismas.</p> <p>Los problemas interpersonales, principalmente con la pareja y en segundo lugar con familiares directos, son considerados los principales desencadenantes del intento suicida en nuestro medio.</p> <p><b>CLÍNICOS</b></p> <p>El intento suicida previo es considerado el principal factor de riesgo suicida.</p> <p>La presencia de un trastorno psiquiátrico es el factor de riesgo más significativo para suicidio, entre el 90 y el 95 % de personas que mueren por suicidio tienen como diagnóstico una enfermedad mental, siendo la más prevalente la depresión mayor. También son muy frecuentes los trastornos adaptativos y los adictivos, la esquizofrenia, el trastorno bipolar, el trastorno de pánico, la anorexia nerviosa. Se observa en sí, que cualquier trastorno mental puede estar asociado a suicidio. Generalmente se observa más de un diagnóstico, es decir predomina la comorbilidad.</p>



BAC

Hay evidencia consistente que asocia el suicidio con las enfermedades médicas crónicas, como el sida, la epilepsia, las lesiones de médula espinal, el daño cerebral, la corea de Huntington, el cáncer, entre otros. Hay estudios que relacionan el daño orgánico cerebral con el riesgo suicida.

Los trastornos de personalidad son diagnosticados en un 30 % de los suicidios consumados, principalmente el trastorno de personalidad limitrofe; también el narcisista, el antisocial, el dependiente.

**VI CONSIDERACIONES ESPECIFICAS**

<p><b>6.1 CUADRO CLINICO</b></p>	<p>6.1 SIGNOS Y SINTOMAS</p>	<p><b>Examen físico</b>                  Evaluar las funciones vitales, en caso de envenenamiento, el paciente puede presentar vómitos, convulsiones, desvanecimiento, dolores abdominales que requieren urgente atención.                  Si se trata de una sobredosis de medicamentos ya sea tranquilizante o antidepresivo, el paciente puede cursar con somnolencia, sedación, sopor, disartria, dificultad para caminar, desmayo, etc.                  En cuanto a las heridas con arma blanca, estas son inferidas principalmente en los antebrazos y en el abdomen debiendo considerarse la profundidad y el tipo de arma.                  Otros métodos como el lanzamiento de altura pueden tener repercusiones de fracturas o lesiones de consideraciones sobre todo en los miembros inferiores.                  Especial interés tendrá que ponerse en los intentos suicidas por ahorcamientos para auxiliar oportunamente al paciente.</p> <p><b>Examen Mental</b>                  Postura y actitud: No sinceridad, rechazo y/o desinterés en la entrevista, excentricidad, intranquilidad, preocupación, irritabilidad, incomodidad (sujeción mecánica, sonda nasogástrica, pañales, etc.), tenso, ansioso, desesperado, desconfiado, combativo, cambiante, pasividad o malestar físico simulado, prometedor, insistente o reiterativo, hostil, desafiante, amenazante, agresivo, agitación psicomotriz, Pensamiento (*): Ideas relacionadas al haber querido morir al momento del acto, al haber sobrevivido. Ideas respecto a la existencia y a la vida, a la valía personal, al éxito o fracaso, a la soledad, Desde el cuestionamiento de la existencia hasta la idea consistente de suicidio. Plan suicida. Dificultad para tomar conciencia de la trascendencia de sus actos.                  Afectividad: ánimo depresivo con sensación de vacío y desesperanza, reactividad emocional, sensibilidad.                  Lenguaje : Expresión verbal o no verbal durante toda la entrevista, pero principalmente del cuestionamiento de la existencia                  Impulsividad : Pobre control de los impulsos                  (*) Producto final de examen mental exhaustivo, no basta un no como respuesta.</p>
<p><b>6.2 DIAGNÓSTICO</b></p>	<p>6.2.1 CRITERIOS DIAGNOSTICOS</p> <p>6.2.2 DIAGNOSTICO DIFERENCIAL</p>	<p>Debemos establecer en primer lugar que <b>NO</b> es posible establecer <b>CRITERIOS DIAGNÓSTICOS</b> como tales, en razón que es la exploración y confirmación de la conducta en sí misma la que supone el diagnóstico y para esto nos remitiremos al producto final de la evaluación total en la emergencia.                  La cuál incluirá no solo el examen mental, sino la anamnesis directa e indirecta, incluyendo todo tipo de información posible, sea de mensajes, llamadas, fotos, videos, escritos, etc.; para así con el ojo clínico y criterioso del examinador concluir si hubo intencionalidad suicida, su magnitud y riesgo.</p> <p>Gesto suicida o conducta parasuicida: La autoagresión <b>NO</b> tiene como propósito la muerte, sino aliviar un dolor físico o emocional.                  Acto de autoagresión accidental o casual: Sin ningún propósito específico</p>
<p><b>6.3 EXAMENES AUXILIARES</b></p>	<p>6.3.1 PATOLOGÍA CLÍNICA</p> <p>6.3.2 IMÁGENES</p> <p>6.3.3 ESPECIALIDADES COMPLEMENTARIOS</p>	<p>Metabolitos en orina para marihuana, cocaína o anfetaminas.                  Beta HCG cuantitativo en sangre para mujeres.                  Elisa para HIV o exámenes similares.</p> <p>Resonancia magnética cerebral si se sospecha organicidad</p> <p>Electroencefalograma si se sospecha de organicidad cerebral.                  Evaluación neuropsicológica.                  Otros exámenes de acuerdo a lesiones presentadas</p>
<p><b>6.4 MANEJO</b></p>	<p>6.4.1 GENERALES Y PREVENTIVAS</p>	<p>Todo acto de autoagresión, independientemente del método y la intención expresada, debe ser admitido en la emergencia para una adecuada evaluación (el paciente y sus acompañantes tienden a minimizar y ocultar la real intención y magnitud del método).                  Examen físico y primeros auxilios en caso necesario (lavado gástrico, suturas, desintoxicación, atropinización, etc.)                  La anamnesis sea directa o indirecta y el examen mental deben realizarse desde un primer contacto con el paciente y durante su estancia orientándose fundamentalmente a evaluar el riesgo de cometer suicidio en la misma sala de emergencia o el riesgo de escaparse y suicidarse.                  La empatía en la relación médico paciente es la herramienta principal para la evaluación y terapéutica.                  El paciente desde su ingreso y hasta el alta debe estar permanentemente observado y vigilado.                  La familia debe ser instruida de los riesgos asociados a la conducta suicida para que apoyen en todas las medidas.                  La indicación de internamiento se da cuando la probabilidad de consumar el suicidio es alta. El internamiento involuntario está justificado cuando hay riesgo de lesión grave asociado a enfermedad mental y la hospitalización es la única alternativa para evitarla, principalmente cuando en el momento de crisis el paciente está afectada la capacidad de tomar decisiones.                  Los modelos estadísticos y las escalas de evaluación pueden ser de ayuda al momento de tabular factores de riesgo, pero no para la práctica clínica; la evaluación psiquiátrica con un adecuado criterio o juicio clínico sobre la base de una adecuada relación médico paciente es la principal herramienta para la real estimación del riesgo suicida.</p>



*Rec*

	6.4.2 TERAPEUTIC A	<p>Hay importantes evidencias en la reducción de intentos y consumación de suicidio con el uso de clozapina en esquizofrenia, litio en trastorno bipolar, además de la terapia dialéctica del comportamiento en trastorno de personalidad limitrofe y terapia conductual cognitiva en pacientes deprimidos.</p> <p>El uso de psicofármacos durante el internamiento, más allá de ser sólo un tratamiento para disminuir el riesgo suicida, tiene como propósito facilitar la evaluación e intervención psicoterapéutica del paciente; es decir, están dirigidos a calmar los síntomas, asimismo se debe evitar sedar al paciente exageradamente al punto que se prolongue innecesariamente la estancia.</p> <p>Con este propósito el uso de antipsicóticos atípicos, así como el clásico haloperidol en su forma endovenosa a dosis controladas, han tenido buenos resultados y un muy bajo perfil de efectos colaterales. El uso de anticonvulsivantes (estabilizadores del ánimo) y benzodiazepinas, entre otros, también puede ser de utilidad.</p> <p>La indicación de internamiento se realiza cuando hay riesgo de muerte. Si tomamos en cuenta que el principal factor de riesgo es el intento de suicidio previo, todo acto de autoagresión voluntario debe permanecer en tópicos de emergencia, observación u hospitalización hasta la evaluación y alta médica por el psiquiatra.</p> <p>El alta se indica una vez que la intensidad de la psicopatología y los estresores disminuyen lo suficiente como para que el entorno familiar, luego de haber sido adecuadamente instruido por el especialista, pueda garantizar que la vida del paciente estará a buen recaudo hasta una muy próxima cita en consulta externa de psiquiatría. Dicha cita debe ser programada a la brevedad. Los días posteriores al alta siempre están asociados a mayor riesgo suicida.</p> <p>Las pautas a la familia incluyen cuidado, vigilancia y apoyo permanente del paciente durante las 24 horas, quien idealmente debe permanecer en reposo, con cumplimiento total de los psicofármacos y evitando cualquier situación, cuestionamiento o conversación que pueda resultar muy estresante, por lo menos hasta la primera cita por consultorio externo.</p> <p>Asimismo debe mantenerse alejado al paciente de toda sustancia, fármaco, objeto, situación donde haya peligro que se haga daño.</p>
	6.4.3 EFECTOS ADVERSOS DE TRAT.	Los efectos adversos dependerán propiamente de la necesidad de uso de psicofármacos en el paciente según la patología psiquiátrica de fondo (revisar guías clínicas según diagnóstico) y a su vez de los efectos que pueda haber causado la misma conducta suicida, ya sea que esta haya involucrado daño físico, químico o bioquímico.
	6.4.4 SIGNOS DE ALARMA	<p>Los <b>Criterios de severidad</b> establecen un alto riesgo suicida en el paciente, que hacen la conducta del paciente impredecible, debemos considerarlos entonces como signos de alarma para la posibilidad de un nuevo intento de suicidio:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ideación suicida consistente</li> <li>• Plan suicida</li> <li>• Psicopatología (clínica) severa: desinterés, desesperación, agitación, psicosis, compromiso de conciencia</li> <li>• Pobre confiabilidad</li> <li>• No conciencia real de la trascendencia del acto (insistencia en el alta, intento de fuga)</li> <li>• Impulsividad y/o explosividad</li> <li>• Método reciente potencialmente letal</li> <li>• Conflictos y estresores intensos no resueltos (desencadenante activo)</li> <li>• Pobre soporte o entorno familiar de peligro (familiares minimizadores del riesgo, hostiles, agresivos, insistentes en el alta)</li> </ul>
	6.4.5 CRITERIOS DE ALTA	<p>En condiciones de alta física por medicina</p> <p>Ausencia de ideación suicida</p> <p>Ideación suicida no consistente con buen soporte familiar</p> <p>Psicopatología leve o moderada manejable con o sin fármacos hasta consulta especializada</p> <p>Soporte familiar con consejería e indicaciones por médico psiquiatra</p> <p>Cita próxima programada con psiquiatra especificando la fecha y hora sea en emergencia o consultorio externo</p>
	6.4.6 PRONÓSTIC O	<p>Estará relacionado en primer término al daño colateral físico del método utilizado.</p> <p>Dependerá del cumplimiento estricto de los familiares y paciente de las indicaciones de protección, cuidado, soporte, apoyo, medicinas y citas.</p> <p>Dependerá del trastorno psiquiátrico o rasgos de personalidad y del cumplimiento y respuesta a la terapia.</p>
6.5 COMPLICACIONES		<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Infecciones agregadas</li> <li>✓ Paro cardio-respiratorio</li> <li>✓ Estados comatosos</li> <li>✓ Úlceras gastrointestinales</li> <li>✓ Vómitos y aspiraciones</li> <li>✓ Reacciones alérgicas</li> <li>✓ Efectos colaterales de los fármacos</li> <li>✓ Dificultades sociofamiliares</li> <li>✓ Yatrogenias</li> </ul>
6.6 CRITERIOS DE REFERENCIA		<p>Derivación hacia una institución especializada de mayor complejidad sea para un procedimiento quirúrgico o médico que no pudiera realizarse en el hospital.</p> <p>La referencia a un hospital o institución psiquiátrica se realizará si el riesgo de suicidio es alto aun estando en la emergencia o al alta habiendo realizado la evaluación y utilizado las herramientas terapéuticas disponibles.</p> <p>Se utilizará los medios en el centro de origen, como por ejemplo, llamada telefónica, radio, ambulancia, camilla, silla de ruedas, etc., con el propósito de evacuar lo más rápido posible al paciente que requiera atención.</p> <p>Es conveniente que el psiquiatra de guardia del hospital detalle al jefe de guardia de institución destino los motivos de la referencia además de agregar una hoja que contenga los datos precisos que debe conocerse.</p> <p>El traslado debe realizarse en ambulancia o medio de transporte siempre con acompañamiento de un personal de salud responsable de que el paciente llegue a su destino.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Presencia de signos de alarma (6.4.4)</li> </ul>
6.7 FLUXOGRAMA	VER ANEXO 1	



BCC

<b>VIII BIBLIOGRAFÍA</b>	<p>(1) Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado – Hideyo Noguchi". Estudio Epidemiológico Metropolitano de Salud Mental 2002. Informe General. Anales de Salud Mental 2002; XVIII (1-2): 1-197</p> <p>(2) Ministerio de Salud del Perú. Guía de Práctica Clínica en conducta suicida. 1ª ed. Lima; MINSA 2007. p 5-16</p> <p>(3) Coronado O: Características clínico-epidemiológicas y abordaje terapéutico de pacientes que acuden por intento suicida al Hospital General San José del Callao, Perú. 2014; Rev Neuropsiquiatr 77 (4), 242 -249</p> <p>(4) World Health Organization: Preventing Suicide. A global imperative. 2014: 1 – 87.</p> <p>(5) Delgado H. Curso de psiquiatría. 6ª ed. Anormalidades de las tendencias instintivas. Barcelona; Científico médica; 1969. p 87</p> <p>(6) American Psychiatric Association. Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. Am J Psychiatry. 2010; :1-183</p>

**ANEXO 1**

**I. FLUXOGRAMA DE ATENCIÓN**

→	Atención médica de emergencia	<p>Atención médica hasta su estabilización física</p> <p>Entrevistar al paciente y a su entorno familiar evaluando intencionalidad y riesgo suicida</p> <p>Evaluación por médico psiquiatra de la emergencia o referir a centro especializado si hay riesgo de suicidio, fuga o retiro.</p> <p>Bajo ninguna circunstancia un paciente con intento suicida debe salir sin ser evaluado por el psiquiatra.</p>
→	Evaluación psiquiátrica	<p>Establecer una adecuada alianza terapéutica durante la anamnesis (filiación, enfermedad actual, motivo de intento, desencadenantes, estresores actuales, antecedentes de importancia)</p> <p>Examen mental (anormalidades psicopatológicas de riesgo, orientar al diagnóstico, ideación y plan suicida)</p> <p>Evaluación de soporte familiar</p>
→	Terapéutica	<p>Psicoterapia de apoyo individual</p> <p>Psicofármacos de emergencia buscando estabilizar el estado psicopatológico de riesgo</p> <p>Consejería a la familia por el psiquiatra</p>
→	Evolución	Reevaluación continua hasta que el estado físico y mental del paciente así como el soporte familiar brinden garantías al alta, en caso contrario ver la posibilidad de referencia
→	Alta	Alta por el psiquiatra con cita control programada a las 48-72 horas con compromiso familiar



*Handwritten signature or mark.*