

Intento de suicidio

Congreso de Adolescencia

Dra. Monica Zac

OBJETIVOS

- Reconocer la magnitud como problema social desde la óptica de salud pública.
- Conocer qué es el suicidio.
- Identificar fases del ciclo del suicidio.
- Identificar señales de alarma y factores de riesgo.
- Plantear la problemática en la adolescencia.
- Qué hacer con un paciente que manifiesta deseos de matarse o que ya realizó una tentativa.

Etimología

Suicidio:

Latinismo

proviene de las expresiones latinas

sui y occidere que lo definen como

El hecho de matarse a sí mismo

Suicidio

“ el acto deliberado de quitarse la vida”

OMS 2010

- Concepto de suicidio es polisémico

Comprende por lo menos 3 categorías:

IDEACION SUICIDA

INTENTO NO CONSUMADO DE SUICIDIO

SUICIDIO CONSUMADO

Otros: gestos suicida, conducta parasuicida

Acting, etc

SUICIDIO:

Acto deliberado por el que un sujeto se causa la muerte, con conocimiento o expectativa de un desenlace fatal, a través del cual pretendere realizar cambios deseados y no incluye:

actos realizados por personas que no entienden la potencial letalidad de sus actos (porej., paciente psicótico que se precipita desde un 6º piso pensando que puede volar)

- **Intento no consumado:** Suicidio que no llega a consumarse porque un imprevisto (algo con lo que no contaba el sujeto) lo interrumpe.
- **Intento consumado:** Conducta autodestructiva y autoinfringida que acaba con la muerte de la persona que lo lleva a cabo

- **La ideación suicida** se define como una preocupación con pensamientos acerca de la finalización de la propia vida que se introducen sin razón (Wilburn y Smith, 2005) y puede ser conceptuada como la primera fase de una conducta que termina con la vida es decir puede ser un antecedente del intento suicida.

FASES EN RELACION AL SUICIDIO

1. Idea suicida: Suicidio como método para resolver los problemas
2. Ideación cognitiva ambivalente: pasa de la idea a plantearse la acción, como solución a sus conflictos. Suele ser variable en la duración y en los individuos impulsivos esta fase puede ser breve o no existir.
3. Etapa de decisión firme: en la que se pasa a la acción:

Objetivo del terapeuta: identificar rápidamente la fase en la que se encuentra el paciente y establecer alternativas.

Epidemiología

- El suicidio es considerado un problema de salud pública grave y creciente. (OMS)
- Por cada muerte por suicidio se registran 20 intentos (OMS).
- Las tasas de suicidio han aumentado un 60% en los últimos 50 años. (OMS)
- A nivel mundial se encuentra entre las tres primeras causas de muerte en las personas de 15 a 44 años.

Estresor



Trastorno
Psiquiátrico

Ideas de
Suicidio

Impulsividad

Desesperanza

Acceso a
Medios

Imitación

Suicidio



•Porque en la adolescencia?

- Los suicidios y las tentativas de suicidio comprenden cuestiones características de la adolescencia. como :
- el pasaje al acto, la impulsividad, el problema de la muerte, la depresión, el ataque al propio cuerpo y al marco familiar, inherentes a este período de la vida.
- La adolescencia pone en tela de juicio lo social y amenaza con crear un conflicto de generaciones.

- la idea de la muerte forma parte de la adolescencia
- es consustancial al trabajo de subjetivación que lleva al sujeto a pensarse como tal, diferente de los demás,
- a pensar acerca de sus pensamientos, es decir, acerca del sentido de los mismos.
- Esta elaboración ocupa a muchos adolescentes y les lleva, más tarde o más temprano, a preguntarse sobre el sentido de la vida

El enfrentamiento con la muerte se vincula con las pérdidas que supone la metamorfosis sexual:

- pérdida de la imagen de sí mismo,
- pérdida de la imagen de niño ideal
- pérdida de los padres como sustento del ideal del yo infantil.

- La muerte, por tanto, es algo que ocupa el pensamiento de los adolescentes, sin embargo, **no todos piensan en morir ni en suicidarse.** Es aquí donde incidirán los **factores individuales , familiares y sociales,** factores que se deben interpretar para realizar un adecuado diagnóstico situacional.

- La fragilidad de las bases narcisistas de la personalidad (la estima de sí mismo).
- La poca eficiencia de los mecanismos de contención psíquica o mecanismos defensivos más maduros (anulación, formación reactiva, racionalización, sublimación) frente a mecanismos dirigidos a la puesta en el exterior de los conflictos (proyección, defensas maníacas, escisión).
- El fracaso parcial de la organización edípica para jugar su rol estructurante de la identidad sexual y la diferencia de generaciones.

- De estos tres ejes dominantes se desprenden varias consecuencias: en primer lugar la extrema sensibilidad de estas personas a las variaciones de la distancia con sus objetos de investimento, así como en relación a sus ideales y a los movimientos de idealización y desidealización. Esta sensibilidad individual a los cambios provoca una fragilidad de estos adolescentes ante las pérdidas y las decepciones, en este sentido los cambios familiares y sociales adquieren un peso desmesurado (P Jaemmet y Birot)

- . Es fundamental privilegiar la escucha y no intervenir desde la sanción moral.
- Un aspecto esencial de la asistencia es tener en cuenta el interés superior del niño, niña y adolescente y el respeto por sus puntos de vista en todo momento (Convención de los Derechos del Niño Arts. 3, 12; Ley 26.061, arts. 1, 3, 24).
- Toda persona que realizó un intento de suicidio tiene derecho a ser atendido y su abordaje debe ser considerado dentro del marco de las políticas de salud y la legislación vigente.

- El equipo de salud tiene prioridad de asistir a los niños, niñas y adolescentes sin ningún tipo de menoscabo o discriminación (Convención de los Derechos del Niño, Arts. 4, 24; Ley 26.061, arts. 5, 14, 28, Ley N° 26.529, art. 2 inc. a; Ley 26.657, art. 7).
- El Código Penal no califica al intento de quitarse la vida como delito.

**Tentativa
de
suicidio**

**Motivo de
consulta espontánea**

**Referida por equipo
salud ,escolar, comunidad**

**Detectada durante
consulta por otro motivo**



Urgencia

Asistencia en la urgencia del paciente que presenta un posible intento de suicidio

- Implementar medidas de cuidado
- Evaluación física
- Evaluación psíquica
- Asistencia de síntomas físicos y psíquicos
- Evaluación del riesgo
- Diseño de estrategia terapéutica en la urgenci

gentileza Dra. Novas

Medidas iniciales de cuidado

- Atención receptiva en un ambiente de privacidad e intimidad
- Disponer del tiempo necesario para generar una relación de confianza
- La persona no debe permanecer en ningún momento sola, estará acompañada por un adulto responsable y/o por personal sanitario.
- Identificar la presencia de algún referente vincular que pudiere resultar tranquilizador y colaborar durante el proceso de atención.
- No dejar al alcance elementos potencialmente peligrosos (armas, bisturí, elementos corto punzantes, medicamentos), revisar que no tenga consigo elementos riesgosos.
- Evitar cercanías con puertas y ventanas.
- No desestimar los relatos ni emitir juicios morales o de valor
- Brindar contención y apoyo al referente

gentileza Dra. Novas

Evaluación física

- **Signos vitales**
- **Examen físico completo**
- Evaluar específicamente **probables signos de abuso sexual y/o maltrato**. El examen físico se debe realizar en presencia del adulto a cargo o, si por cuestiones relacionadas con la edad, sexo o privacidad de la persona no fuera conveniente, se realizará en presencia de otro miembro del equipo de salud.
- Pesquisar signos físicos de **ingestión de alcohol o drogas de abuso y otras sustancias tóxicas**.
- Posibilidad de **embarazo**
- **Estado de conciencia y estado psíquico global**

Evaluación psíquica

- **Estado de conciencia** : vigil, obnubilado o confuso inconsciente, hipervigilante
- **Grado de orientación** y conciencia de situación y enfermedad
- **Evaluar estado cognitivo global:** atención, concentración y memoria
- **Aspecto físico:** descuidado, vestimenta extravagante o bizarra, falta de higiene)
- **Estado motriz:** el trastorno del comportamiento gestual y motor constituyen una forma privilegiada de expresión patológica (inquietud, desasosiego, hiperactividad motriz, impulsividad, excitación, inhibición, catatonía)
- **Actitud:** colaboradora, reticente, querellante, agresiva, inhibida.

Lenguaje: verborrágico, mutismo, habla espontáneamente, neologismos.

Pensamiento : Curso: taquipsiquia, bradipsiquia, interceptado, fuga de ideas.

Contenido: ideación coherente, delirante: de grandeza, de persecución, mística, pueril, obsesiones, ideas de desesperanza y muerte

Alteraciones de la sensopercepción: alucinaciones

Afectividad: humor expansivo (manía), humor deprimido (depresión), indiferencia afectiva (esquizofrenia), labilidad.

Sueño: insomnio o hipersomnio.

Actitud alimentaria: anorexia, negativa a comer, hiperfagia.

Juicio: conservado, desviado.

gentileza Dra. Novas

- Del examen surge:
- Evaluación del riesgo y medidas a seguir
- Con respecto al adolescente
- Con respecto a la familia
- En relación a las normas relacionadas con la ley de salud mental

- Uno o más trastornos mentales diagnosticables o trastornos de abuso de sustancias
- Acontecimientos de la vida no deseados o pérdidas recientes (por ejemplo, el divorcio de los padres)
- Antecedentes familiares de trastornos mentales o abuso de sustancias
- Antecedentes familiares de suicidio
- Violencia familiar, incluido el abuso físico, sexual o verbal/emocional

- Intento de suicidio previo
- Presencia de armas de fuego en el hogar
- Encarcelación
Exposición a comportamientos suicidas de otras personas,
- incluyendo la familia, los amigos, en las noticias o en historias de ficción

Factores de riesgo:

- VARIABLE
- Edad
- Especial atención a los pacientes mayores de 60 años,
- pues presentan mayor letalidad. En adolescentes
- averiguar exhaustivamente el antecedente de intentos de suicidio
- en el grupo de pares, pues a esta edad existe cierto “contagio” imitativo.
- Se han descrito formas epidémicas.
- Género
- La proporción entre intentos y consumación
- del suicidio en el sexo masculino es más alta.
- Pérdidas significativas

- Estado civil
- Se ha observado mayor frecuencia de consumación en pacientes solteros o separados.
- Familiares con quien vive
- Permite conocer la disponibilidad de compañía que tiene el paciente, la ausencia de seres especialmente significativos y sobre quién va a cuidar al paciente en caso de que se decida un tratamiento ambulatorio o una hospitalización breve.
- Alcohol y sustancias
- Su presencia incrementa muy significativamente el riesgo
- En los últimos 6 meses.

- Los procesos de adaptación a las pérdidas (duelos) suelen acompañarse de estados de ánimo bajo; sentimientos de futilidad y desesperanza también pueden empeorar algunos cuadros psiquiátricos
- Antecedentes de suicidio
- La repetición de la conducta autolesiva, independientemente del tiempo entre los dos episodios empeora la posibilidad letal. La presencia de antecedentes familiares de suicidio es un indicativo de alerta y ante su presencia se debe actuar muy conservadoramente en lo referente al cuidado posterior a la solución de la urgencia médica que se dé al paciente.

- Diagnóstico psiquiátrico psicológico:
- Los trastornos del estado de ánimo (Trastorno Depresivo Mayor, especialmente si forma parte de un trastorno bipolar –psicosis maniaco-depresiva–) causan la mayor parte de los suicidios. La esquizofrenia ocupa el segundo lugar. Algunas enfermedades crónicas, especialmente de naturaleza neurológica (esclerosis múltiple, enfermedades de Parkinson y Huntington) o algunos tumores malignos se relacionan con un incremento en la letalidad autoinflingida.
- Buen control de impulsos:
Puede expresar y manejar afectos urgentes, deseos y necesidades de manera adaptativa. Puede lograr un balance basado en la realidad entre deseos y necesidades por una parte y las posibilidades y limitaciones del ambiente por otra.
Puede experimentar conscientemente sensaciones fuertes, deseos y necesidades, sin permitir que se expresen en la acción.

Factores de riesgo

Variable	Alto riesgo	Bajorriesgo
Sociodemograf		
Edad	mayor 45	menor 45
Sexo	Varon	mujer
Est. civil	Divorc. Viudo	Casado
Empleo	Desempleado	Empleado
Relacion	Fliar	Estable inestable

Salud	Enf. Cronica	Sano
Fisica	Hipocondria	
Abuso de sustancia	Bebedor social	
Mental	Depresionmasque mod	Depresion
Psicosis	Neurosis	
Personalidadanormal	PersonalidadNeu	
Desepranza	Optimismo	
Suicidabilidad		
Ideacionsuicida	Frecuenteintensatransitoria	
planificados	implanificados	
desprotegidos	sitiosprotegidos	
ambiguedadhacia la muerte	Deseos de camb	
mediosdisponibles	yetales Baja letalidad	

Red	pobreslogros	Buenoslogros
Personal	Pobre control de afectos	Mejor control afectos
Social	Escasassrelaciones	Buenasrelaciones
Familiar	irresponsable	Familiacompromet
Religion	Ateoagnostico	Practicante

- **RAZONES PSICOLÓGICAS**

- 1. Un dolor psíquico intolerable del que se desea escapar. La depresión, la angustia.
- 2. Un intento por acabar con la conciencia, especialmente la del dolor. La relacionamos con frases como: “no tengo futuro” o “¿Para qué seguir viviendo?”
- 3. Falta de opciones o bloqueo para verlas.
- 4. Un impulso súbito de odio a sí mismo. Una autoevaluación negativa, con autorechazo, desvaloración, culpa, humillación, sensación de impotencia, desesperación y desamparo.

● Muchas gracias!!!!!!