

# Adolescencia

Normal?

¿Crisis?



# Período de modificaciones vitales

- Cambios corporales
- Cambios en la sexualidad
- Confrontación con la autoridad parental
- Identificación con grupo pares ( ídolos)
- Cierta definición de objetivos y toma de decisiones

# Desde el punto de vista psíquico

- Omnipotencia
- Impulsividad
- Afectividad lábil
- Rasgos de personalidad → estructura

# Etapa vital

Consolidación de  
estructuración psíquica

Búsqueda de  
identificaciones



- Consumo de alcohol y otras drogas
- Embarazo
- Riesgos físicos ( ETS, accidentes etc.)
- Dificultades con la autoridad y la ley

# Contexto familiar y social

- Expresión sintomática del adolescente deja al descubierto muchas veces la modalidad de vinculación familiar
- Pone en cuestión y enfrenta a los adultos con sus propias angustias, temores y fantasmas ( de muerte, de incesto etc.) y a nuestra propia estructuración psíquica

# Diferenciar...

- Adolescente “ normal “



Intervención

No intervención

- Adolescente en “ crisis ”
- Adolescente en “ urgencia ”

# La mayoría de las consultas de urgencia por sintomatología psíquica

- Se realiza en los servicios generales de emergencia médica ( 75%)
- Solo el 30 % pueden considerarse “ urgencias “ ( desde el punto de vista objetivo)

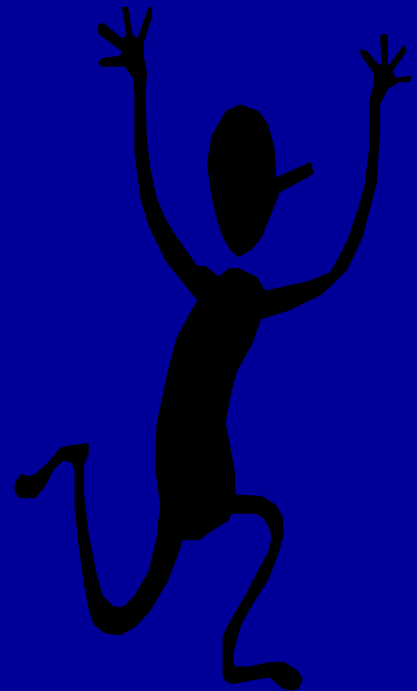
# El paciente “Psi”

- ✓ Los síntomas suelen ser muy diversos
- ✓ En general no responde a la lógica médica: “etiología-terapéutica-resultado “
- ✓ Actitudes muchas veces incomprensibles
- ✓ Muy demandante ya sea el mismo o su entorno
- ✓ Resulta poco “interesante”
- ✓ Puede generar “problemas” o ser peligroso
- ✓ Puede provocar compasión, rechazo o enojo



El paciente “psiquiátrico” es

un paciente  
molesto






Urgencia

≠


Emergencia

# Riesgo!!!!!!!!!!!!

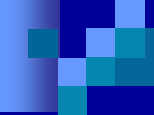
- Excitación psicomotriz
- Intento de suicidio grave
- Episodio psicótico agudo con condicionamiento de la conducta ( con o sin excitación )
- Intoxicación aguda por sustancias



Entendemos a la consulta de urgencia como la consecuencia de una ruptura en la homeostasis habitual del paciente y el medio familiar y/o social que implica en mayor o menor medida una alteración o desorganización de los procesos intra psíquicos



# Situaciones clínicas que motivan la consulta de urgencia

- 
- Excitación psicomotriz
  - Episodio de ansiedad en cualquiera de sus formas
  - Comportamientos auto y/o heteroagresivos
  - Tentativa y/o amenaza de suicidio
  - Conductas de riesgo
  - Alteraciones de la sensopercepción
  - Ideación delirante franca
  - Conductas bizarras: negativismo, mutismo
  - Alteraciones del sueño
  - Malestar físico de etiología orgánica dudosa
  - Sospecha de maltrato/abuso
  - Alteraciones de la alimentación ?

Los síntomas pueden deberse  
o estar relacionados



- Síntoma de debút de una patología psíquica
- Episodio agudo de una patología mental crónica



- Reactivos a disfunción vincular , familiar y/o social
- Estrés agudo
- Intoxicación aguda por sustancias
- Manifestaciones de enfermedad médica
- Efecto adverso de medicamentos





**Sufrimiento psíquico**

?

**Riesgo físico inmediato**



# Intervención en la urgencia

# Criterios generales de evaluación

(paciente y adulto acompañante)


- Características de los síntomas
- Motivo por el cual se consulta en ese momento



- Desencadenante o hechos vinculados con el problema actual
- Antecedentes de otros episodios de crisis
- Antecedentes de patología psíquica
- Antecedentes de patología orgánica
- Antecedentes de consumo de sustancias

# Recursos y herramientas terapéuticas

- Contención verbal
- Intervención lúdica
- Observación y re evaluación
- Intervención de otros adultos referentes
- Intervención psicofarmacológica
- Internación ( garante asistencia y seguridad)
- Otras instancias ( ministerio publico: consejo y defensorias, judicial, policial )



Muchas veces en la urgencia la  
evaluación en si misma se comporta  
también como una intervención terapéutica

# Categorización

- Urgente
- Agudo
- Semiaguda

# Urgente

- Excitación psicomotriz grave ( riesgo)
- Intento de suicidio grave con alteración aguda de la conducta ( con o sin excitación)
- Confusión mental o signos vitales anormales

# Situación urgente

## Estrategia

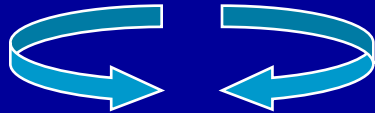
- **Seguridad del paciente y el entorno**
- **Evaluación clínica exhaustiva prioritaria:**  
descartar patología orgánica e intoxicaciones
- Contención física y medicamentosa
- Evaluación individual y situacional
- Controles periódicos
- Internación y/o traslado a centro de mayor complejidad o especificidad



# Aguda

- Excitación psicomotriz “moderada”
- Ideación o amenaza suicida
- Conducta autoagresiva reciente
- Ideación incoherente / delirante/ alteraciones de la sensopercepción
- Episodio de ansiedad

# Criterios de internación



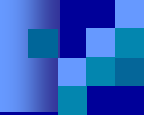
- Excitación psicomotriz severa o repetida
- Episodio psicótico agudo ?
- Ideación o tentativa suicida
- Autoagresión grave o repetida
- Falta de contención familiar
- Imposibilidad de implementar tratamiento ambulatorio
- Riesgo inmediato


# Criterios de internación / observación

- Características de los síntomas
- Escasa o nula respuesta a las intervenciones
- Falta de conciencia del paciente y/o adulto a cargo
- Falta de adherencia al tratamiento
- Ausencia o inaccesibilidad de recursos terapéuticos adecuados

# Situaciones de urgencia más frecuentes que pueden requerir la utilización de psicofármacos

En todos los casos la indicación en si y la dosis se valorará nuevamente según la evolución en 2/4 hs y 12/24 hs

- 
- Episodios de excitación psicomotriz
  - Alteración aguda de la conducta con riesgo para si o terceros
  - Episodios de ansiedad inabordable por la palabra
  - Episodio psicótico agudo
  - Alteraciones de la sensopercepción
  - Trastorno agudo del sueño incoercible
  - Síntomas psiquiátricos debidos a patología orgánica (confusión mental, excitación etc.)
  - Procedimientos médicos urgentes



La farmacoterapia no es en general de primera elección en el tratamiento de la urgencia en los niños y adolescentes

Sin embargo su indicación no debe postergarse quedando como último y desesperado recurso cuando la situación deviene insostenible y de alto riesgo y cuya implementación puede ser violenta y de menor eficacia

# Situaciones clínicas específicas

- Episodio de ansiedad
- Alteraciones de la sensopercepción /delirio
- Excitación psicomotriz
- Conducta de auto agresión o de riesgo
- Amenaza o intento de suicidio

# Episodio de ansiedad

- Crisis de angustia y/o de llanto
- Trastorno del sueño y/o la alimentación
- Alteración aguda de la conducta
  - ➡ inhibición o excitación psicomotriz
  - ➡ comportamientos compulsivos (rituales) con o sin alteración pensamiento
- Alteración de la sensopercepción “pseudoalucinaciones”
- Síntomas físicos ➡ disnea, taq, dolor etc.



# Síntomas obsesivos compulsivos

- Fobias
- Fobia social  $\neq$  *ideación paranoide*
- Fobias de impulsión
- Ideación obsesiva  $\neq$  *ideación delirante*
- Conductas compulsivas (rituales)

## Patología “obsesiva”

- Ego distónicos
- Reconocimiento
- Angustia
- Ausencia de otros trastornos del pensamiento
- Vínculos conservados

## Patología “psicótica”

- Ego sintónicos
- Justificación
- Indiferencia afectiva o angustia psicótica
- Otras alteraciones del pensamiento
- Vínculos interpersonales alterados

# Alteraciones de la sensopercepción

- Ilusiones
- Alucinaciones hipnagógicas e hipnopómpicas
- “Pseudo” alucinaciones
- Alucinaciones “verdaderas”



Espacialidad - Sensorialidad - Certeza - Afecto

# Alteraciones de la sensopercepción

## Niños < de 10 -12 años

- Síntoma ansioso o un verdadero estado de ansiedad (fobias, terrores nocturnos)



Fenómenos ilusorios / alucinaciones  
hipnagógicas angustiosas

- Alucinaciones verdaderas no son frecuentes (esquizofrenia infantil 80% auditivas)

# Siempre que se presentan fenómenos alucinatorios visuales

- Diferenciar de otros fenómenos sensorceptivos
- Pensar en etiología orgánica

# Episodio delirante / psicótico agudo

Niños predomina el pensamiento mágico y la fantasía ,  
las creaciones imaginarias son habituales ( 6/7 años)



Pensamiento lógico y concreto y la diferencia entre  
ficción y realidad



Para pensar en patología psicótica la ideación se debe  
dar en un contexto de conductas bizarras importantes  
que permanezcan en el tiempo

Violencia

Agresividad



Excitación psicomotriz

# Excitación psicomotriz

- Patología psíquica grave: psicosis aguda
- Impulsividad
- Vínculos disfuncionales y/o violentos
- Consumo de sustancias: Intoxicación aguda o abstinencia
- Estrés agudo
- Psicopatías y/o sociopatías
- Trastorno neurológico u otro orgánico que produce la violencia (en gral hay otros síntomas)



Episodio de excitación  
agresividad o violencia




Descartar etiología o comorbilidad  
orgánica / intoxicación

# Excitación psicomotriz por **confusión mental**

Desorientación temporoespacial- onirismo-  
obnubilación

- Intoxicación: Alcoholismo, toxicomanías, psicotrópicos, otros medicamentos
- Neurológicas: Epilepsia, afecciones SNC
- Endócrinas o metabólicas:  
hipoglucemias, deshidratación, hipo e hipertiroidismo, hipercortisonismo, porfiria
- Infecciosas: Enf SNC: meningitis, encefalitis, neumopatías, sepsis



Las interurrencias clínicas,  
intoxicaciones o abstinencias no impiden  
la utilización de medicamentos sedativos  
Pero hay que utilizar fármacos seguros



# Intento de suicidio

# Suicidio

“ el acto deliberado de quitarse la vida ”

# Suicidio y salud pública

- El impacto psicológico, social y financiero del suicidio sobre la familia y la comunidad no es mensurable.
- Es un problema complejo, para el cual no existe una sola causa ni una sola razón.
- Resulta de una compleja interacción de factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociales, culturales y medioambientales.

# Niveles de prevención

- Comprensión global del concepto de suicidio
- Conocimiento, detección y asistencia de signos de patología psíquica potencialmente pre disponente
- Conocimiento y detección de diferentes factores de riesgo individuales y socio ambientales
- Detección y asistencia en la urgencia del paciente que presenta IS ( Protocolo IS)

# Diferentes niveles de prevención

- El suicidio es un problema importante de salud pública en todos los países.
- Capacitar al personal de atención primaria, (y al que por las circunstancias desempeña un rol de prevención) para identificar, evaluar, manejar y remitir al potencial suicida en la comunidad es uno de los niveles mas importantes en la prevención del suicidio.

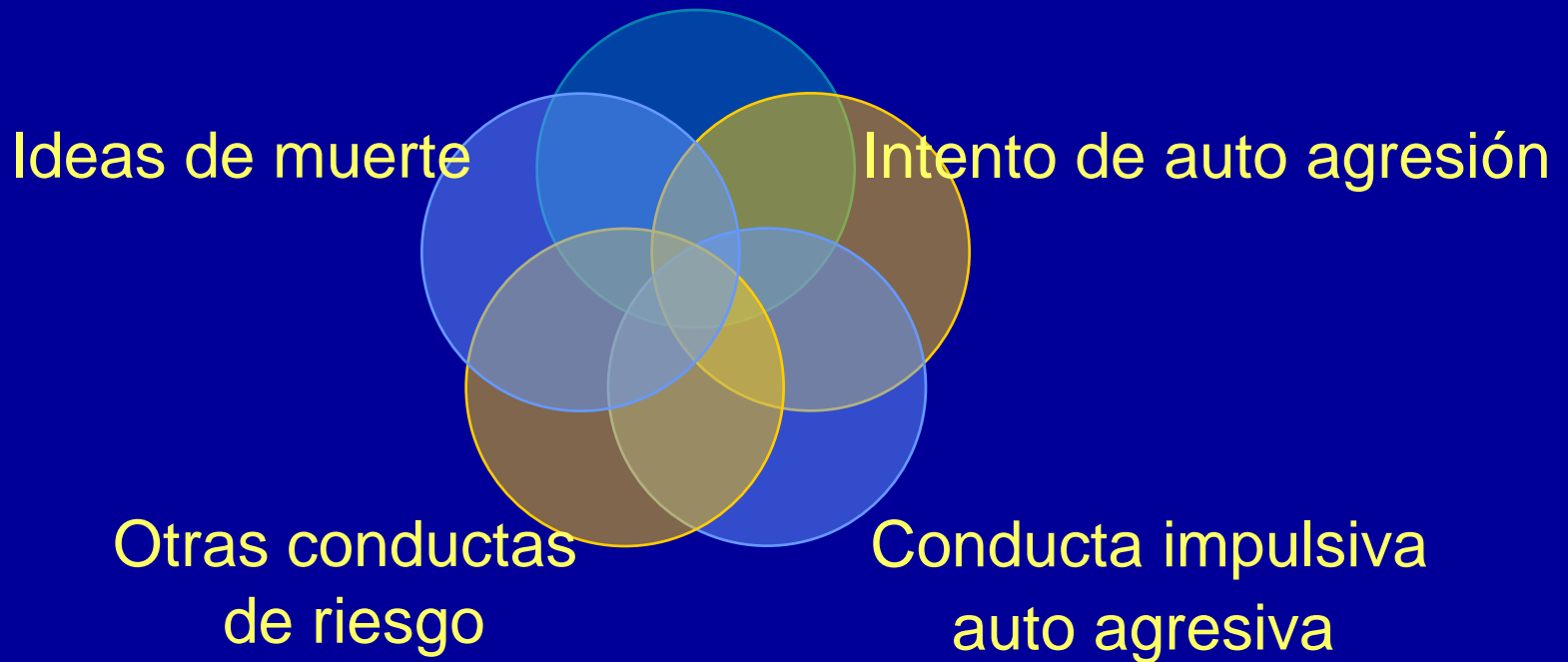


# De que hablamos ?

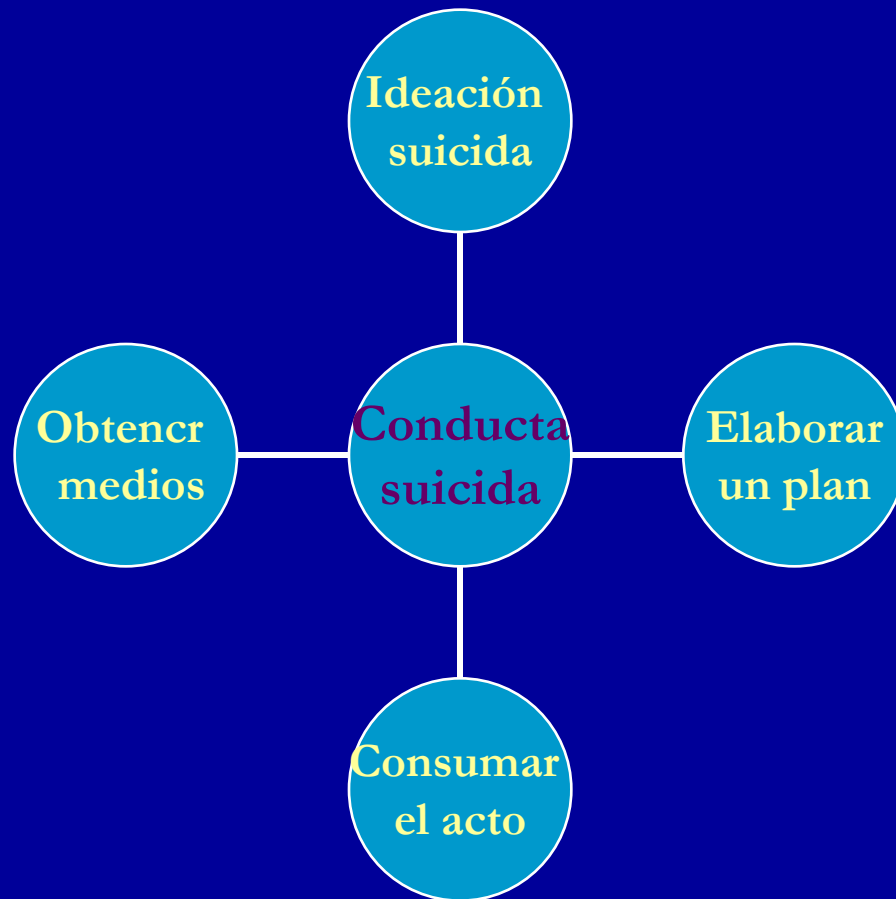
- Suicidio
- Intento de suicidio
- Conducta suicida
- Riesgo.....etc



## Amenaza de auto agresión



Intento de suicidio?



# Intento de autoagresión y/o conductas impulsivas autoagresivas en nuestro medio



- Ingesta de medicamentos (accidental o voluntaria)
- Ingesta de sustancias potencialmente tóxicas
- Conductas autoagresivas: cortes en el cuerpo
- Conductas impulsivas de riesgo

# Las conductas autolesivas no deben minimizarse



Exponen al adolescente a situaciones de riesgo



Evidencian el sufrimiento del paciente y la familia

La intervención del equipo de salud posibilita la asistencia del padecimiento y la prevención de futuros comportamientos de riesgo

En todos los casos



asistencia de urgencia

## Consideramos intento de suicidio

“toda acción autoinfligida con el propósito de generarse un daño potencialmente letal, actual o referido por el adolescente o el acompañante“

# Flujograma de atención







Que hacer?

FICCIÓN	REALIDAD
Las personas que hablan de suicidio no cometen suicidio.	La mayoría de los suicidas han advertido sobre sus intenciones.
Los suicidas tienen toda la intención de morir.	La mayoría de ellos es ambivalente.
El suicidio sucede sin advertencias.	Los suicidas a menudo dan amplias indicaciones.
La mejoría después de una crisis significa que el riesgo de suicidio se ha superado.	Muchos suicidios ocurren en el periodo de mejoría, cuando la persona tiene toda la energía y la voluntad para convertir los pensamientos de desesperación en actos destructivos.
No todos los suicidios pueden prevenirse.	Esto es verdadero, pero la mayoría es prevenible.
Una vez que una persona es suicida, lo es para siempre.	Los pensamientos suicidas pueden regresar, pero no son permanentes y en algunas personas pueden no hacerlo jamás.



**Mito**

Hablar de suicidio  
aumenta riesgo  
de cometerlo

**No preguntar**



# Como nos damos cuenta?

Para detectar el pensamiento suicida la via privilegiada es preguntando

# 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 urgencia
- Dejar constancia en libro de guardia o HC

# Para que ?

- Brindarle asistencia adecuada
- Otorgarle un sentido a los hechos
- Toma de conciencia del sufrimiento
- Crear conciencia de la necesidad de ayuda
- Crear conciencia de la posibilidad de ayuda
- Posibilitar la ayuda

# Medidas iniciales de cuidado

- Privacidad e intimidad
- Tiempo necesario → relación de confianza
- Acompañamiento permanente
- Identificar referente vincular tranquilizador
- Prevención:
  - ❖ No dejar al alcance elementos potencialmente peligrosos
  - ❖ Evitar cercanías con puertas y ventanas
- No emitir juicios morales o de valor ni desestimar los relatos
- Contención y apoyo al referente

# Evaluación física

- Signos vitales
- Examen físico completo
- Evaluar específicamente probables signos de abuso sexual y/o maltrato (presencia del adulto)
- 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
- Grado de orientación y conciencia de situación y enfermedad
- Evaluar estado cognitivo global
- Aspecto físico
- Estado motriz, actitud (comportamiento gestual y motor)
- Lenguaje
- Pensamiento
- Alteraciones de la sensopercepción: alucinaciones
- Afectividad
- Sueño
- Actitud alimentaria
- Juicio: conservado, desviado.

# Prestar atención y tomar las medidas de cuidado necesarias cuando se evidencie

- Nivel de ansiedad alto (expresada por hiperactividad motriz, y/o psíquica, desasosiego)
- Llanto incoercible
- Actitud o conducta lesiva
- Amenazas verbales o actitud amenazante
- Retraimiento, hermetismo, mutismo o catatonía
- Actitud desconfiada, temerosa o francamente paranoide
- Estado alucinatorio franco
- Confusión mental

# Asistencia específica

- Tratamiento médico habitual
- Diagnóstico diferencial y de comorbilidad
- Tratamiento de los síntomas psíquicos (priorizando la intervención verbal)
- Si excitación psicomotriz no responde a la contención verbal → contención medicamentosa y/o física (precaución de que la sedación no interactúe, potencie o enmascare otros síntomas)

# Evaluación de riesgo



Indicada en todas las personas que hayan realizado algún intento, expresado ideas o intenciones suicidas, autogresivas, o cuyas acciones lo sugieren aunque lo nieguen

# ¿A quiénes entrevistar? Como? Para que?

- Al adolescente
- Al adulto referente y/o núcleo familiar acompañante
- A otros referentes presentes o que se considere pertinente convocar , individual y vincular



Evaluación contextual es parte de la estrategia terapéutica  
Orientación y medidas de cuidado

Los cuidadores necesitan también ser asistidos y contenidos  
por parte del sistema sanitario

# Aportes de familiares y referentes de la comunidad

- Relaciones con los pares
- Actividades que desarrolla, intereses etc
- Ver si han cambiado de grupo de pares, si hay cambios de actitud y de conducta notables
- Ausencia escolar reiterada
- Eventos estresantes importantes en el seno familiar o social

# Cómo preguntar y comunicarse?

- Escuchando atentamente, permaneciendo tranquilo.
- Entendiendo los sentimientos de la persona (sintiendo empatía).
- Transmitiendo mensajes verbales y no verbales de aceptación y respeto.
- Expresando respeto e interés por las opiniones y valores de la persona.
- Hablando honesta y genuinamente.
- Demostrando interés, preocupación y calidez.
- Centrándose en los sentimientos de la persona.

# ¿Cómo no comunicarse?

- Interrumpiendo con demasiada frecuencia.
- Escandalizándose o emocionándose.
- Manifestando que está ocupado.
- Siendo condescendiente (no somos pares).
- Haciendo comentarios indiscretos o poco claros.
- Haciendo preguntas tendenciosas.
- Emitiendo juicios de valor.
- Se requiere un acercamiento tranquilo, abierto afectuoso, adecuado y sin juicios para facilitar la comunicación.





Que preguntar?

# Factores de riesgo Específicos

- Sexo
- Letalidad del método: alta
- Método en sí siempre deberá ser considerado en el contexto de la existencia de plan auto agresivo y del grado de impulsividad
- Planificación del acto y circunstancias en la que se concretó el plan: avisó, amenazó , silente etc.
- Grado de impulsividad
- Actitud y afecto posterior al intento
- Estado psíquico al momento de la consulta

# Factores de riesgo

- Intoxicación o consumo agudo de sustancias: alcohol o drogas
- Antecedentes : Acción auto lesiva repetida. Intentos previos.
- Presencia de patología mental previa
- Antecedentes de tratamiento fracasados
- Existencia de un evento estresante grave
- Antecedentes de tentativa de suicidio en grupo de pares o grupo familiar
- Contexto socio familiar sin contención ( inducción, violencia , marginalidad etc. )
- Existencia de patología orgánica grave, crónica y/o terminal o muerte reciente cercana

# IS y Patología psíquica

- La mayoría de las personas que cometen suicidio presentan patología mental diagnosticable.
- El suicidio y los comportamientos suicidas son más frecuentes en pacientes con patología psíquica



**Adolescentes**



**Impulsividad**

**Consumo de sustancias**

# Patología psíquica: Grupos de riesgo

- **Depresión: es tratable y el suicidio es prevenible.**
- Trastornos de personalidad (personalidad antisocial y limítrofe, con rasgos de impulsividad y agresión)
- Alcoholismo : (5-10% suicidas, 1/3 de suicidios dependencia), desde edad temprana
- Consumo problemático y dependencia de sustancias
- Esquizofrenia : 10%
- Trastorno mental orgánico
- Otros trastornos mentales.

# Patología psíquica: Grupos de riesgo

- Aunque la mayoría de los que cometen suicidio presentan patología mental, gran parte de ellos no visitan a un profesional en salud mental, incluso en países desarrollados (OMS)
- **Por lo tanto, el rol de los agentes de atención primaria y a los que circunstancialmente desempeñan un rol de prevención se torna vital.**

# Antecedentes y comportamientos: Que signos deben alertar ?

- Falta de inserción escolar
- Comportamiento retraído, dificultad para establecer lazos con pares (escuela)
- Consumo excesivo de alcohol y de otras sustancias psicoactivas
- Inestabilidad afectiva, irritabilidad exagerada
- Actos impulsivos de riesgo (promiscuidad sexual, accidentes etc.)
- Cambio en los hábitos alimenticios o del sueño
- Desgano, desinterés por actividades habituales
- **Manifestación de ideas de muerte, desesperanza o culpabilidad o baja autoestima o suicidio**

# Factores que proveen protección

- Patrones familiares ( tipos de vínculos favorecedores)
- Estilo cognitivo y personalidad ( recursos psíquicos)
- **Factores culturales y sociodemográficos (redes de sostén para el paciente y el adulto)**



# Estrategias terapéuticas inmediatas

- Internación o permanencia en guardia para observación
- Internación o permanencia sala del hospital polivalente (Evaluación por profesional de salud mental 48hs)
- Alta institucional y continuación del tratamiento ambulatorio por Salud Mental (no muy frecuente)

# Posibilidad de alta con indicación de seguimiento por el equipo de salud mental

- La acción auto lesiva es de bajo grado de agresión
- Ideación de poca consistencia



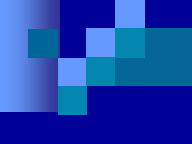
- El medio se evalúa como continente y los referentes vinculares presentan una actitud de compromiso para adoptar medidas de cuidado
- Se muestra de acuerdo con la necesidad de continuar el tratamiento



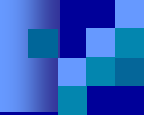
- Pueda garantizarse el seguimiento

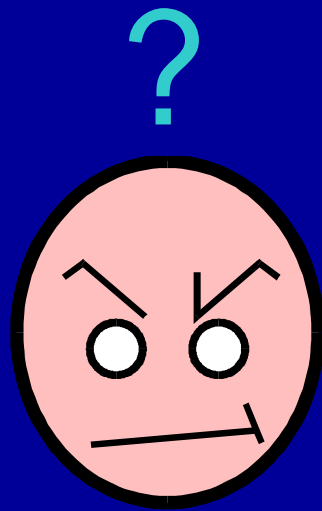
# Siempre se debe garantizar al alta

- Turno asignado para Salud Mental
- Control del seguimiento ( trabajador social)
- Acompañamiento permanente por un referente afectivo adulto



Factores que asociados al intento de suicidio/ autolesión, configura una situación de riesgo inminente y requieren indefectiblemente la interconsulta con el equipo de Salud Mental, previa al alta

- 
- Acción auto lesiva grave y/o método de alta letalidad
  - Alto grado de impulsividad y /o planificación
  - Persistencia de la ideación suicida y/o auto lesiva
  - Antecedentes de intentos de suicidio o de autoagresión del adolescente, o intento de suicidio de personas cercanas.
  - Consumo perjudicial de alcohol y/o sustancias psicoactivas
  - Presencia de patología mental específica
  - Evidente autoconcepto deteriorado o denigratorio
  - Ideas de desesperanza y/o otros síntomas depresivos
  - Alteraciones de la sensopercepción y/o ideación delirante
  - Síntomas maníacos
  - Episodio de excitación psicomotriz o de ansiedad incoercible de cualquier origen



Observación / Internación



Nueva evaluación

Ratificar o rectificar los factores antes mencionados  
Constatar alguna modificación sintomática



Nueva Estrategia


# Intento de suicidio en..... los niños y pre-adolescentes ?

## Conductas de riesgo



Cualquier episodio de alteración de la conducta con o sin excitación psicomotriz , con o sin auto o heteroagresión que constituya un peligro real o potencial





La atención adecuada en la urgencia de un niño o adolescente que realiza un acto autoagresivo o presenta conducta potencialmente peligrosa disminuye el riesgo de suicidio



Desafío es transformar la consulta y atención de *Urgencia* en una *Oportunidad*

- Puerta de entrada del adolescente a una atención integral y articulada.
- Revalorizar el Rol de los servicios asistenciales en la garantía de la continuidad de cuidados necesaria.



Muchas gracias!