"Suicidio y conductas de autolesión: desafío intersectorial en la prevención e intervenciones en situaciones de crisis"

GUÍA DE BUENAS PRÁCTICAS DE INTERVENCIÓN EN CRISIS DESDE UN ABORDAJE INTEGRAL E INTERDISCIPLINARIO



### **OBJETIVOS GENERALES**

- 1. Abordar el suicidio y las conductas de auto-lesión, como problemáticas complejas, desde un enfoque epidemiológico, y socio comunitario.
- 2. Elaborar una Guía o instructivo para el abordaje de situaciones en crisis destinado a los Equipos Interdisciplinarios de Educación, que incluya diferentes niveles de atención

#### **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

 Analizar la problemática del suicidio, asociando factores de protección y de vulnerabilidad.

 Establecer una guía de intervención; un Circuito de Atención en Crisis y de un Flujograma de Atención a partir del cual se reconozca a los principales referentes para el abordaje de crisis.

### Algunas interrogantes....

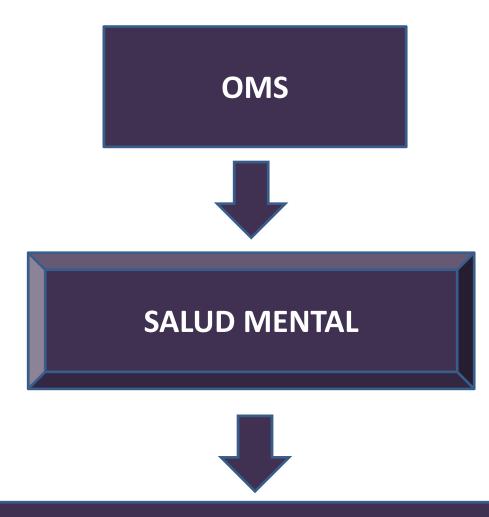
- 1. Considera al suicidio una problemática d orden;
- Individual.
- Familiar.
- Comunitario.
- Social.
- Filosófico.
- Político.
- Otros.
- Por que?
- 2. El suicidio es una problemática en su contexto actual?
- 3. Que factores considera está asociada?

El perfil epidemiológico de la salud en nuestro país ha sufrido cambios significativos durante estos últimos años. Los accidentes de tránsito, la violencia, los suicidios, el consumo abusivo de drogas y alcohol (sustancias psicoactivas), nos ponen ante nuevas formas de enfermar en nuestra sociedad.

Este nuevo perfil de las patologías responde a cambios culturales manifiestos en la manera en que se establecen los vínculos y las relaciones sociales, los modos de circulación del poder y la dominación, los valores que se reconocen y transmiten socialmente y un "mapa" socio-económico que incide de manera directa en la población de la región.

Personas en riesgo o afectadas ya por abuso de alcohol, drogas ilegales, violencia intra familiar y violencia en el entorno social, enfermedades de transmisión sexual, desintegración o disfunción familiar, ausencia de referencias saludables.

Muchos de ellos jóvenes en situación de vulnerabilidad, hacen evidente que el campo de la salud mental se delimita hoy a partir de estas problemáticas y que es necesaria una mirada y una intervención desde lo preventivo y un accionar más eficaz en lo preventivo, asistencial desde un enfoque intersectorial.



Como "un estado de bienestar por medio del cual los individuos reconocen sus habilidades, son capaces de hacer frente al estrés de la vida, trabajar de modo productivo y fructífero y contribuir a sus comunidades.



### **CONSTRUCCIONES COLECTIVAS**



### **INTERVENCIONES**



Como proceso dinámico de construcción continua y permanente, en inter-juego constante entre sujeto/comunidad y viceversa.









En términos de prevención del suicidio, los niveles de intervención primaria, secundaria y terciaria son consideraciones importantes.

El nivel primario se refiere a grupos de personas que aún no dan señales de perturbación suicida o en quienes la perturbación es muy limitada. La prevención debe centrarse en mantener y aumentar el funcionamiento en contextos interpersonales y sociales así como en disminuir las condiciones de riesgo emocionales, físicas y

económicas

Los diferentes ámbitos; sanitario, educativo, laboral, comunitario, de todo el país se constituyen entonces en el espacio en el que estas problemáticas se hacen presentes y reclaman su atención, contención y tratamiento.

Que la franja etárea con mayor asociación entre la consulta de guardia y el consumo de sustancias psicoactivas es la que va de 16 a 25 años.

Del análisis de la relación entre la urgencia y el consumo de sustancias psicoactivas se desprende que el 66% de los intentos de suicidio están relacionados con alguna forma de consumo, así como casi la mitad (un 48.7%) de las situaciones de violencia y un 23% de los accidentes de tránsito.

El estudio indica un perfil de consumo perjudicial que se acentúa durante los fines de semana.



#### LA CARGA DEL SUICIDIO

Se encuentra entre las tres primeras causas mundiales de muerte en personas de 15 a 44 años. La OMS estima que para el año 2020, el número de defunciones por esta causa crecerá un 50% para alcanzar las 1,5 millones de muertes anuales. En un tercio de los países del mundo las tasas de suicidio han ido en aumento, y en la actualidad el grupo de mayor riesgo es el de los jóvenes.

De 10 a 20 veces más personas intentaron suicidarse, y se supone que las cifras reales son más altas. Aunque los porcentajes de suicidio varían por categoría demográfica, en los últimos 50 años han aumentado aproximadamente en un 60%.

Reducir la pérdida de vidas por suicidio se ha convertido en una meta de salud mental internacional fundamental.

Los consejeros pueden jugar un papel fundamental en la prevención del suicidio.

## Según los diferentes grupos etarios

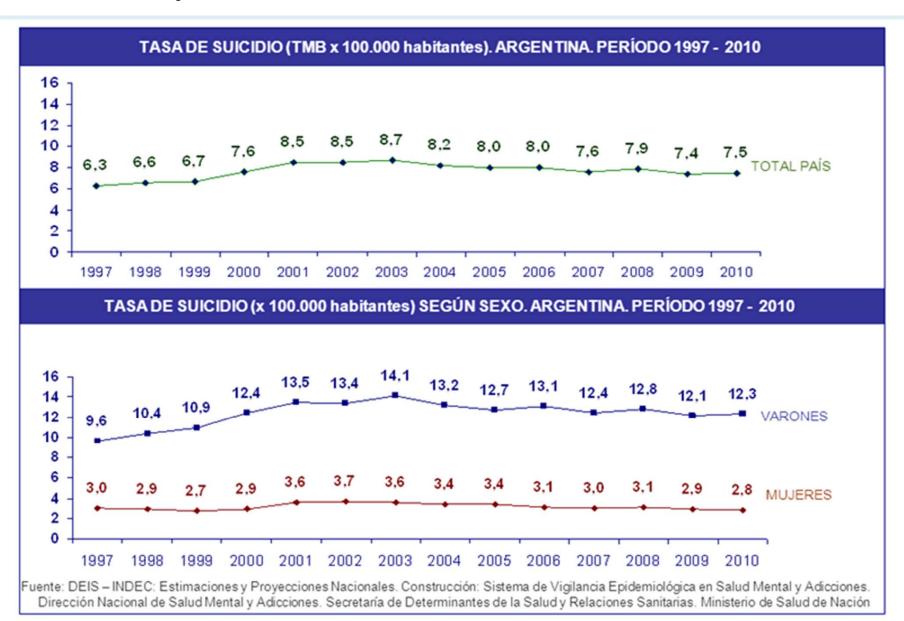
5 a 14	15 a 24	25 a 34	35 a 44
No Intencional	No Intencional	No Intendional	Tumores
Tumores	Suiddio	Tumores	Aparato
			Circulatorio
Demás c. Causas	Homicidio	Infecciosa	No Intendional
Definidas			
Respiratorio	Otras Cext	Suicidio	Infecciosa
Infecciosa	Tumores	Homicidio	Respiratorio
Congénitas	Demás c. Causas	Aparato	Demás c. Causas
	Definidas	Circulatorio	Definidas
Mal Definidas	Respiratorio	Respiratorio	Mal Definidas
Aparato	Aparato	Demás c. Causas	Suicidio
Circulatorio	Circulatorio	Definidas	
Otras Cext	Mal Definidas	Otras Cext	Homicidio
Suiddio	Infecciosa	Mal Definidas	Otras Cext

# Tasas de Suicidio según Jurisdicción, Argentina año 2010

TOTAL PAÍS			7,5		
JURISDICCIÓN	REGIÓN	TASA DE SUICIDIO (x 100.000 habitantes)	JURISDICCIÓN	REGIÓN	TASA DE SUICIDIO (x 100.000 habitantes)
Neuquén	PATAGONIA	13,8	Formosa	NEA	8,6
Santa Cruz	PATAGONIA	13,2	Río Negro	PATAGONIA	8,4
Jujuy	NOA	12,9	San Juan	CUYO	7,3
Entre Ríos	CENTRO	12,7	Chaco	NEA	7,2
Chubut	PATAGONIA	12,5	Misiones	NEA	7,1
Salta	NOA	12,3	Buenos Aires	CENTRO	6,9
San Luis	CUYO	11,2	Santa Fe	CENTRO	6,8
La Pampa	PATAGONIA	11,1	La Rioja	CUYO	6,8
Tucumán	NOA	10,5	Corrientes	NEA	6,5
Mendoza	CUYO	9,2	Córdoba	CENTRO	5,9
Tierra del Fuego	PATAGONIA	9,0	Santiago del Estero	NOA	5,0
Catamarca	NOA	8,9	CABA	CENTRO	1,8

Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Secretaría de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias. Ministerio de Salud de Nación

# Tasas por cien mil, Suicidio Argentina 1997 al 2010, Distribución por sexo.



El impacto psicológico y social sobre la familia y la sociedad no es mensurable.

En promedio, un suicidio individual afecta intimamente al menos otras seis personas. Si ocurre en una institución educativa o en el sitio de trabajo, tiene impacto sobre cientos de personas.

La carga del suicidio puede estimarse en términos de AVAD (años de vida ajustados en función de la discapacidad).



De acuerdo con este indicador, en 1998 el suicidio fue responsable del 1,8% del total de la carga de enfermedades a nivel mundial, variando entre 2,3% en los países con altos ingresos y 1,7% en los de ingresos bajos.

Esto es igual a la carga debida a guerras y homicidios, casi el doble de la carga por diabetes e igual a la carga por asfixia al nacimiento y trauma.

#### EL SUICIDIO Y LOS TRASTORNOS MENTALES

Al suicidio se lo entiende ahora como un trastorno multidimensional, el cual resulta de una compleja interacción de factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos y ambientales.

La investigación ha mostrado que entre 40% y 60% de las personas que cometen suicidio han consultado a un médico en el mes anterior al suicidio; de éstos, son muchos más los que ha visto a un médico general que a un psiquiatra.

En países donde los servicios de Salud Mental no están bien desarrollados, la proporción de personas en crisis suicida que consultan a un médico general, tiende a ser mayor. Identificar, valorar y manejar a los pacientes suicidas es una tarea importante.

El suicidio no es en sí una enfermedad, ni necesariamente la manifestación de una enfermedad, pero los trastornos mentales son un factor muy importante asociado con el suicidio.

Los estudios para países tanto en vía de desarrollo como desarrollados revelan una prevalencia total de 80-100% de trastornos mentales en casos de suicidio logrado. Se estima que el riesgo de suicidio en personas con trastornos del humor (principalmente depresión) es 6-15%; con alcoholismo, 7-15%; y con esquizofrenia, 4-10%.



#### **ENCUESTA MUNDIAL DE SALUD ESCOLAR**

Esta Encuesta llevada a cabo en la Argentina tuvo entre otros objetivos: Identificar algunos factores de riesgo que predisponen a la conducta suicida y algunos factores capaces de operar como forma de protección en la población adolescente de 1º a 3º año de educación media.

En relación a las preguntas incluidas en el cuestionario de carácter anónimo y autoadministrado, las conclusiones fueron las siguientes:

Las jóvenes adolescentes expresaron haberse sentido solas, estar severamente preocupadas, tristes y desesperadas en mayor proporción que los varones de su misma edad.

GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE SALTA

En igual sentido, son las mujeres las que manifestaron en mayor medida una ideación suicida.

El 16,9% de los estudiantes consideraron seriamente intentar suicidarse en los últimos 12 meses, siendo la prevalencia más alta en mujeres (19,8%) que en varones (14%).

Los alumnos de 13 años consideraron suicidarse menos frecuentemente (12,1%).

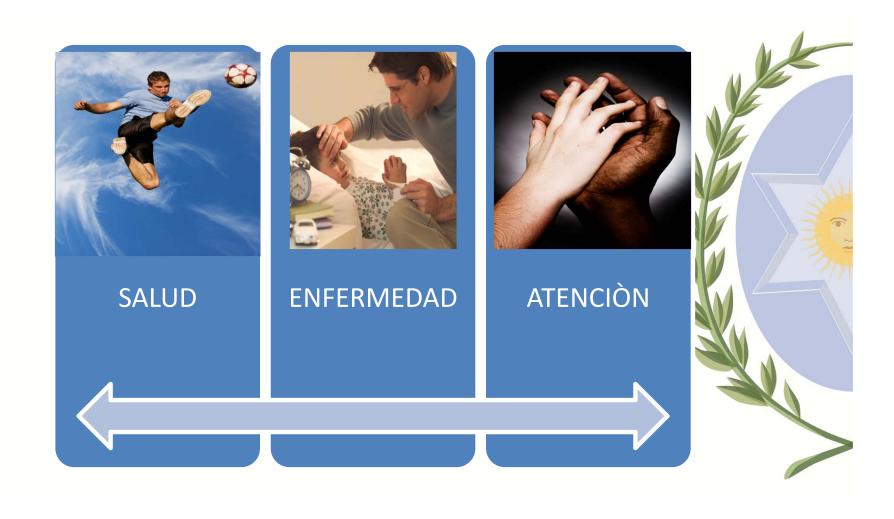
Un 15,8% de las mujeres hicieron un plan de cómo suicidarse., mientras que en los hombres sólo un 11,2%. No se observaron diferencias significativas por edad.

En total el 4,3% de los estudiantes refirió no tener amigos íntimos sin observarse diferencias significativas por sexo o edad.

Abordaje Integral de las Adicciones

Aquellos que consideraron suicidarse en el último año presentaron mayor porcentaje en todos los factores de riesgo comparados con aquellos que no lo consideraron. Entre los factores de riesgo se incluyeron las variables relacionadas a:

- Tomaron alcohol en el último mes.
- •Se emborracharon al menos una vez al mes.
- Los padres nunca o raramente entienden sus problemas.
- •Si fueron intimados y atacados.
- Participo en peleas.
- Fue atacado.
- •Los padres nunca o raramente saben lo que hacen en su tiempo libre.
- •Los estudiantes nunca o raramente son amables con ellos.
- •Usaron drogas al menos una vez en la vida € GOBIERNO DE LA





# ¿CÓMO IDENTIFICAR PACIENTES CON ALTO RIESGO DE COMPORTAMIENTO SUICIDA?

Un número de factores individuales y sociodemográficos clínicamente útiles están asociados con el suicidio. Incluyen:

- Trastornos salud mental (generalmente depresión, alcoholismo y trastornos de la personalidad);
- Enfermedad física (enfermedad terminal, dolorosa o debilitante, SIDA);
- Intentos suicidas previos;
- Historia familiar de suicidio, alcoholismo y/u otros trastornos psiquiátricos;
- Estatus de divorcio, viudez o soltería;
- Vivir solo (aislado socialmente);
- Desempleo o retiro;
- Pérdida sensible en la infancia;

Si el paciente está bajo tratamiento psiquiátrico, el riesgo es más alto en:

- Aquéllos que han sido dados de alta del hospital;
- Aquéllos que han cometido intentos de suicidio previamente;

El suicidio es el resultado de una compleja interacción de factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos, culturales y ambientales.

El mejoramiento de la detección por parte de la comunidad, la remisión y el control del comportamiento suicida son pasos importantes para

su prevención.

El desafío fundamental de dicha prevención es identificar a las personas vulnerables y en situación de riesgo; entender las circunstancias que influyen en su comportamiento autodestructivo y estructurar intervenciones eficazmente. Desarrollar iniciativas basadas en la comunidad para prevenir y controlar el comportamiento suicida.



La orientación profesional se define como la aplicación de principios de salud mental, psicología o desarrollo humano a través de estrategias de intervención cognitivas, afectivas, conductuales o sistémicas.

Mediante estrategias, se abordan problemas de bienestar, crecimiento personal, desarrollo de carreras profesionales, patología de salud mental.





### **CLASIFICACIÓN**



Amenaza Suicida o Parasuicidio

Plan Suicida

Crisis Suicida

Intento de Suicido

**Acto Suicida** 

**Conductas Autodestructivas** 

**Efecto Contagio** 

**Suicidio Grupal** 

# CONDUCTAS AUTODESTRUCTIVAS TENDENCIAS SUICIDAS

- Actos violentos reiterados y sistemáticos, que colocan al adolescente en situaciones de riesgo (accidentes de moto, automóvil, etc.)
- Delitos que pueden terminar en homicidio, traumatofilia, mutilaciones.
- Algunos embarazos en adolescentes pertenecen a esta categoría.

# CONDUCTAS AUTODESTRUCTIVAS TENDENCIAS SUICIDAS CRÓNICAS

- Descuido autodestructivo, lento pero continuado de la propia persona.
- Adolescentes que consumen drogas en forma adictiva (alcohol, tabaco, psicofármacos en combinación con alcohol, paco, marihuana, cocaína, LSD, pegamento, anfetaminas, alucinógenos sintéticos, etc.)
- Trastornos de la Conducta Alimentaria como la Anorexia o Bulimia.
- Afecciones producidas o agravadas por el descuido del propio cuerpo: E.T.S., Sida, Diabetes.
- Afecciones Psicosomáticas como asma, obesidad, etc.

### **FACTORES DE RIESGO**



**INTENTOS PREVIOS DE SUICIDIOS** 

# MOTIVACIONES PRINCIPALES DE LOS INTENTOS DE SUICIDIO

- 1) Pérdida de un objeto de amor: como medio de reunirse con la persona ausente.
- 2) Estar convencidos de su propia maldad: odio contra si mismos, "muerte merecida como autocastigo", muerte como solución y la posibilidad de renacer siendo una persona más buena.
- 3) Un "pedido de ayuda" final: en personas agotadas por situaciones vitales agobiantes crónicas muy intensas.

## MOTIVACIONES PRINCIPALES DE LOS INTENTOS DE SUICIDIO

- 4) Enojo y deseos de venganza: el intento de suicidio es vivido como una maniobra coercitiva fantaseada por el adolescente.
- 5) Presencia de desórdenes psicóticos: es una solución desesperada ante situaciones de confusión y tensión internas insostenibles.
- 6) Morir como un juego: "juegan" al suicidio en búsqueda de emociones intensas o para poder ser aceptados por un grupo de pares, negando omnipotentemente una muerte posible.



En 1999, la OMS lanzó la SUPRE como iniciativa mundial para la prevención del suicidio.

Dirigido a grupos profesionales y sociales específicos particularmente relevantes para la prevención del suicidio.

Representa un eslabón en una larga y diversificada cadena que involucra una amplia gama de personas y grupos entre los cuales se encuentran profesionales de la salud, educadores, agencias sociales, gobiernos, legisladores, comunicadores sociales, funcionarios judiciales, familias y comunidades.

#### Es importante que en el ámbito educativo:

- •Se informen y acompañen a los docentes y padres sobre la identificación de estudiantes en situación de riesgo de suicidio.
- •Capacitar a los estudiantes para detectar el comportamiento suicida y aprender a obtener ayuda: los estudiantes involucrados en programas de prevención necesitan información y capacitación para demostrar empatía, escuchar activamente y saber cómo tender la mano a los amigos que necesitan ayuda.

• La información que ayuda a los estudiantes a sobrellevar la tormenta emocional de un suicidio o intento de suicidio bien publicitado es muy útil para prevenir

•suicidios de "imitación".

• Tener un plan para tratar con los medios de comunicación en caso de suicidio. Este plan debe incluir solicitar a los medios que no glorifiquen, embellezcan ni dramaticen la muerte para evitar la posibilidad de suicidios por contagio. (Prevención del suicidio: recurso para profesionales de los medios de

comunicación. OMS)



- •Estar conscientes de sus propias dificultades con el tema de la muerte y el suicidio, y no dejar que tales dificultades inhiban sus esfuerzos en la detección.
- •La ansiedad de muerte es de importancia capital en la capacidad de respuesta. Hay una relación entre las actitudes y valores del consejero en cuanto al suicidio y su eficacia.
- Si hay suicidio, el consejero involucrado tiene que hacer un informe que contenga una reconstrucción de los hechos que condujeron al suicidio, especificar los factores que llevaron a la muerte, evaluar la respuesta del equipo y establecer implicaciones para mejorar los esfuerzos de prevención en el futuro. Los consejeros involucrados en suicidios pueden tener sentimientos que van desde la ira y el rencor hasta la culpa, la tristeza y el estrés postraumático. El apoyo de los colegas y la orientación pueden ser muy beneficiosos en este punto.

#### **FACTORES PROTECTORES**

- Apoyo de la familia, amigos y otras personas importantes;
- Creencias religiosas, culturales y étnicas;
- Participación en la comunidad;
- Vida social satisfactoria;
- Integración social, p. ej., a través del trabajo, el uso constructivo del tiempo libre, etc.;
- Acceso a servicios y asistencia.

Aunque no eliminan el riesgo de suicidio, tales Factores protectores pueden contrarrestar la extrema tensión de los acontecimientos de la vida.



Es importante por lo tanto diferenciar dos conceptos que muy a menudo suelen confundirse



Crisis como consecuencia de un evento puntual.



Stress como un estado que se manifiesta de una manera continua, como una condición que se mantiene en el tiempo.





Suicidio Consumado



Intento de suicidio



Consumo excesivo de alcohol u otras sustancias



Accidentes



Actos de violencia

### Grupos de Crisis

Crisis circunstanciales o situacionales que pueden tener un origen externo como en el caso de desastres naturales u otros eventos catastróficos, o un origen interno como recibir un diagnóstico de una enfermedad muy grave o con riesgo de vida, acontecimientos vitales de mucho impacto como divorcio, pérdida de empleo, ser víctima de abuso sexual o violencia, etc.



Crisis propias del desarrollo relacionadas con la transición de las distintas etapas vitales por las que atraviesa normalmente un individuo. Se presentan fundamentalmente o con mayor frecuencia en la adolescencia y forman parte de la gran demanda de atención de urgencia al tener vínculos con la aparición de intentos de suicidio, suicidios efectivos, intoxicación etílica o con otras sustancias psicoactivas,

#### **INTERVENCIÓN EN CRISIS**



El objetivo central es preservar la vida buscando eliminar o disminuir el potencial de daño físico y psíquico para el asistido y para otras personas. Esta instancia se ubica en el primer contacto que el equipo de salud establece con el paciente.



Se debe pensar la intervención psicológica de urgencia como un "primer auxilio", el que no necesaria o exclusivamente será brindado por un profesional psicólogo. Cualquier integrante del equipo interdisciplinario que se capacite puede brindar ese primer auxilio.

## **INTERVENCIÓN EN CRISIS**



Lo que se intenta es favorecer el retorno a un estado de mayor equilibrio emocional lo antes posible y en el lugar donde la urgencia se presente, disminuyendo proporcionalmente los riesgos y las posibles secuelas.



## PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN EN CRISIS

- 1. Todas las intervenciones deben basarse en la integralidad.
- 2. Hablar de manera calmada y clara.
- 3. Intentar establecer una relación que no deje de ser afectuosa pero firme. Sobre todo si se trata de niñ@s o adolescentes.

## PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN EN CRISIS

- **4.** Mostrar y ofrecer seguridad es importante que se sienta en situación de dependencia.
- 5. Saber que este primer contacto tiene gran valor corrector y terapéutico.
- **6.** Importa mucho lo que "se dice" pero es fundamental el "cómo se dice".
- 7. Mantener una postura de seguridad y dominio de la situación tiene un alto impacto sobre la condición del paciente.

#### **PROCEDIMIENTO**

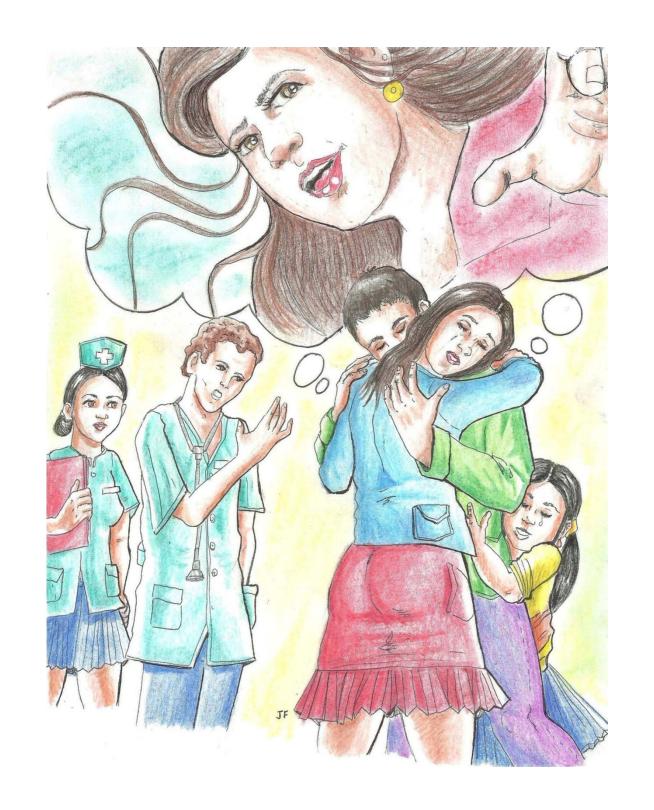
- Manejo de la crisis: tener en cuenta los seis pasos anteriores como criterios generales más allá de la particularidad de cada caso.
- Dar apoyo e intentar formar una alianza con él. Esta actitud constituye un primer paso para tranquilizar. Contribuye a generar la percepción de estar en un medio seguro y de contar con el equipo para atravesar la situación de crisis.
- Repetir siempre que está seguro y el equipo está disponible para atenderlo (aspecto verbal).

#### **PROCEDIMIENTO**

- Es importante hablar mirando a los ojos y no mostrar temor, no evitar un contacto físico como dar la mano o sostenerla, los hombros o la cabeza (actitudes y técnicas no verbales), hacer sentir que hay afectividad en el trato.
- Actitud de escucha y validación: se debe escuchar; comentarios, declaraciones, etc. En lo posible responder con preguntas abiertas. Nunca contradecir sino más bien validar sus dichos, lo que no implica necesariamente estar de acuerdo con la percepción del paciente sino ganar su confianza. Todo esto contribuye a sostener una alianza y orientar las energías hacia una situación de mayor equilibrio.

#### **PROCEDIMIENTO**

- Evaluar la severidad de la crisis: a partir de la escucha activa, se debe buscar conducir el diálogo con el fin de obtener la mayor cantidad posible de información que permita evaluar la situación de crisis.
- Conocer la severidad o gravedad del estado para elaborar el plan de acción, entendiendo que la emergencia o crisis es una situación aguda e impredecible que requiere de la intervención más inmediata de la que el equipo sea capaz a fin de evitar mayores daños o secuelas.



Si existen dudas acerca de los resultados de la evaluación realizada, se sugiere que la persona permanezca un lapso breve a determinar por el profesional interviniente y según las posibilidades de cada caso. Se realizará una nueva evaluación, con la persona y/o el adulto a cargo, que podrá ayudar a ratificar o rectificar alguno de los factores antes mencionados, o incluso constatar alguna modificación que pudiere haberse producido, luego de la cual se decidirá la estrategia a seguir.

Se dará de alta a la persona garantizando:

- Turno asignado para Salud Mental. Se debe especificar fecha y hora del turno y nombre del profesional (dentro de los 7 días subsiguientes).
- Acompañamiento permanente por un referente afectivo adulto.
- Evaluar la situación global y la existencia de riesgo en esta segunda instancia.

- En los casos de mayor gravedad no es esperable que la situación de riesgo se modifique en ese corto tiempo, con frecuencia la intervención del equipo de salud funciona como ordenadora tanto para la persona como para su familia. La institución puede comportarse como un marco de contención.
- Es fundamental el registro en el libro de guardia y en la historia clínica en donde conste lo actuado: diagnóstico, pronóstico, evolución, evaluación de riesgo y las razones que motivaron la estrategia.
- Es importante implementar las estrategias necesarias para garantizar la continuidad del tratamiento.

El equipo de salud debe asesorar a los referentes, a los familiares, y al entorno cercano del adolescente en su rol de cuidadores mientras persista el riesgo:

- Restringir el acceso a métodos que puedan ser utilizados para auto agredirse mientras la persona tenga pensamientos, planes o actos deautolesión.
- El equipo de salud debe ofrecer apoyo emocional a los familiares/cuidadores si lo necesitan. Estar al cuidado de una persona con riesgo de autolesión genera tensión psíquica.

En el ámbito escolar el rol de los docentes y directivos es destacado. A menudo son quienes observan conductas que "llaman la atención" (aislamiento, tristeza persistente, entre otros) o son aquellos a quienes los adolescentes se refieren para comunicar lo que sienten.

## **ETAPAS DEL SUICIDIO**



Ideación de muerte



Deseos de morir



Ideación de suicidio



Plan suicida



Crisis suicida



Actos deliberados de morir



#### SIGNOS Y ADVERTENCIAS

- Los más fuertes e inquietantes pueden ser los verbales: "NO PUEDO SEGUIR ADELANTE", "YA NADA ME IMPORTA", o incluso "ESTOY PENSANDO EN ACABAR CON TODO".
- Estado de depresión y abandono.
- Comportamiento temerario.
- Poner en orden sus asuntos.
- Un cambio radical en el comportamiento, actitud o apariencia.
- Abuso de alcohol y sustancias psicoactivas.
- Sugrir una perdida impòrtante o cambio de vida.

# FACTORES PRECIPITANTES DE INTENTO SUICIDA EN ADOLESCENTES TEMPRANOS

- 1) Presiones familiares para obtener éxito rápidamente, lo que puede generar sentimientos de fracaso.
- 2) Sentimientos de vergüenza, humillación y rechazo afectivo provocado por los fracasos escolares y laborales.
- 3) Haber sufrido un arresto policial.

## CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN

- Agitación, manía o agresividad.
- Intoxicación.
- Difícil manejo ambulatorio.
- Trastorno psicótico agudo o ideación delirante.
- Depresión psicótica.
- Trastorno bipolar con irritabilidad e impulsividad.

#### CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN

- Consideración médico-legales.
- Historia familiar de suicidio.
- Sexo masculino (por presentar mas riesgos).
- Historia de intentos de suicidios previos.
- Abuso de tóxicos.
- Dificultades familiares.

### **FACTORES PROTECTORES**

- 1) Factores Familiares.
- 2) Rasgos de Personalidad.
- 3) Factores Culturales.



#### RECOMENDACIONES GENERALES

- No quedarse con respuestas insuficientes (monosílabos, evasivas). Intentar que se expresa todo lo posible.
- Considerar una red de apoyo que pueda funcionar como protección posterior ante la posibilidad de nuevos intentos. Se debe tomar contacto con el grupo familiar, referente o alguien que pueda ubicarse como parte de la red social del paciente.
- Tener en cuenta factores asociados que incluyan por ejemplo: antecedentes de auto agresión, historia de abuso o violencias intrafamiliar, trastornos neurológicos, abuso o dependencia de sustancias, enajenación del pensamiento, antecedentes de psicosis, depresión, trastorno bipolar, etc. Todos ellos aumentan el riesgo suicida.

#### RECOMENDACIONES GENERALES

- En la situación de intento de suicidio, el factor tiempo es muy importante ya que está en juego la vida del paciente. A tales efectos se utilizarán los protocolos habituales de urgencia según el compromiso clínico que se presente.
- A fin de encarar una prevención general en la situación de riesgo suicida. La OMS señala que no es conveniente ensañar explícitamente sobre el suicidio a los jóvenes sino más bien que se reemplace por un enfoque desde los aspectos positivos de la salud mental.

#### RECOMENDACIONES GENERALES

- Los profesionales de la salud, deben tener una adecuada formación sobres los principales factores de riesgo y sobre la evaluación sobre el perfil de riesgo.
- Un aspecto importante a considerar es la cobertura y la metodología utilizada para la difusión en los medios de comunicación, como también el contenido de páginas web.

#### MANEJO DE LA CRISIS SUICIDA EN EL ADOLESCENTE

Primera Etapa. Establecimiento del Contacto.

Lo que se debe hacer es escuchar detenidamente, reflejar sentimientos, aceptar las razones que esgrime el sujeto y creerle, sin juzgarle.

Lo que no se debe hacer es restarle importancia a lo que nos expresa el sujeto.

Segunda Etapa. Conocer la Dimensión del Problema.

Lo que se debe hacer es formular preguntas abiertas que permitirán conocer cómo piensa el adolescente y facilitar la expresión de sentimientos.

Lo que no se debe hacer es atenerse a realizar preguntas que sean respondidas con monosílabos o respuestas cerradas (si o no).

Tercera Etapa. Posibles Soluciones.

Lo que se debe hacer es establecer prioridades de soluciones, abordando directamente los posibles obstáculos para su consecución y desaprobar la solución suicida.

Lo que no se debe hacer es permitir que el adolescente continúe sin ensanchar su visión en túnel que es la que únicamente le deja ver la opción suicida.

Cuarta Etapa. Acción Concreta.

Lo que se debe hacer es tomar una medida a tiempo (involucrar a otros familiares, acercar a las fuentes de Salud Mental, imponer tratamiento, realizar hospitalización, etc.)

Lo que no se debe hacer es ser tímido, indeciso, no tomar una decisión a tiempo, dejar solo al adolescente en riesgo.

Quinta Etapa. Seguimiento.

Lo que se debe hacer es realizar el recontacto para evaluar los progresos o retrocesos del adolescente en su sintomatología suicida. Nunca dejarlo solo y acercarlo a las fuentes de Salud Mental como el médico de la familia, el psicólogo, el psiquiatra y los servicios de urgencias sanitarias.

Lo que no se debe hacer es dejar la evaluación a otra persona que desconozca del caso.



# Quinta Etapa. Seguimiento.

Para estos casos es importante observar los siguientes criterios:

- Trato respetuoso.
- Nunca desestimar o minimizar el problema, tomarlo "en serio".
- Partir de la idea de que aquello que el joven manifiesta es verdad.
- Mostrar interés e interesarse por escuchar.

# Quinta Etapa. Seguimiento.

- Permitir las expresiones emotivas dentro de límites lógicos (llanto, ira, etc.).
- Interrogar a cerca de la idea suicida.
- Establecer un pacto "no suicida".
- No realizar juicios sobre su conducta.

# Quinta Etapa. Seguimiento.

**Preguntas Dirigidas** 

```
¿Cómo piensa Ud. resolver actual situación?
¿Ud. ha tenido pensamientos malos? ¿Cuáles?
¿Ud. ha pensado suicidarse?
¿Por qué pensó en suicidarse?
¿Cuándo ha pensado en esto?
¿Cómo pensó hacerlo?
¿Para qué ha pensado en hacerlo?
¿En su familia alguien se ha suicidado o ha intentado el suicidio?
```

Y Ud. ¿lo ha intentado o lo ha pensado últimamente?

# Quinta Etapa. Seguimiento.

Si el adolescente manifiesta que ha pensado suicidarse es necesario realizar una secuencia de preguntas para determinar la planificación suicida, lo que incrementa notablemente el peligro de suicidio. Esta secuencia es la siguiente:

¿Cómo ha pensado suicidarse? ¿Cuándo ha pensado suicidarse? ¿Dónde ha pensado suicidarse? ¿Por qué ha pensado suicidarse? ¿Para qué ha pensado suicidarse?

# Quinta Etapa. Seguimiento.

- Para poder obtener una respuesta que permita conocer cómo piensa el adolescente se deben evitar las preguntas que puedan ser respondidas con monosílabos, lo cual lo impediría.
- Trabajar juntos en encontrar soluciones no suicidas, por lo que deben explorarse soluciones alternativas al problema que ha desencadenado la crisis suicida.
- Pedir permiso para involucrar a otros miembros de la familia, amigos y cuantas personas sea necesario para apoyar al adolescente.

#### MANEJO DE LAS ENTREVISTAS

- Facilitar el desahogo.
- Utilizar frases cortas que les sirvan para continuar exponiendo sus dificultades: "ME IMAGINO", "ENTIENDO", "ES LÓGICO", "NO ES PARA MENOS", "CLARO ESTÁ", "TE COMPRENDO". Estas frases además de facilitar la expresividad le hará sentir que le comprendemos y tomamos en serio.
- Ayudar al adolescente a que él descubra otras alternativas que no sea la autodestrucción, ejemplo: "ME VOY A IRME A CASA" (cuando no tiene, en realidad, ningún lugar concreto donde ir).

#### MANEJO DE LAS ENTREVISTAS

- No dejar nunca a solas a la persona en crisis suicida y hacer todos los esfuerzos por atraerla a los profesionales de la Salud.
- En la pregunta ¿Para qué Ud. atentó contra su vida? Se puede determinar el significado del acto suicida del adolescente y hacer una interpretación racional de dicho significado. En ocasiones el intento de suicidio ha sido realizado para agredir a otros y en esos casos lo invitamos a reflexionar sobre las ventajas que la agresividad tiene en determinadas situaciones, como por ejemplo, los deportistas de disciplinas de combate, como el judo y karate, pero no en otras, como lo son las relaciones familiares.

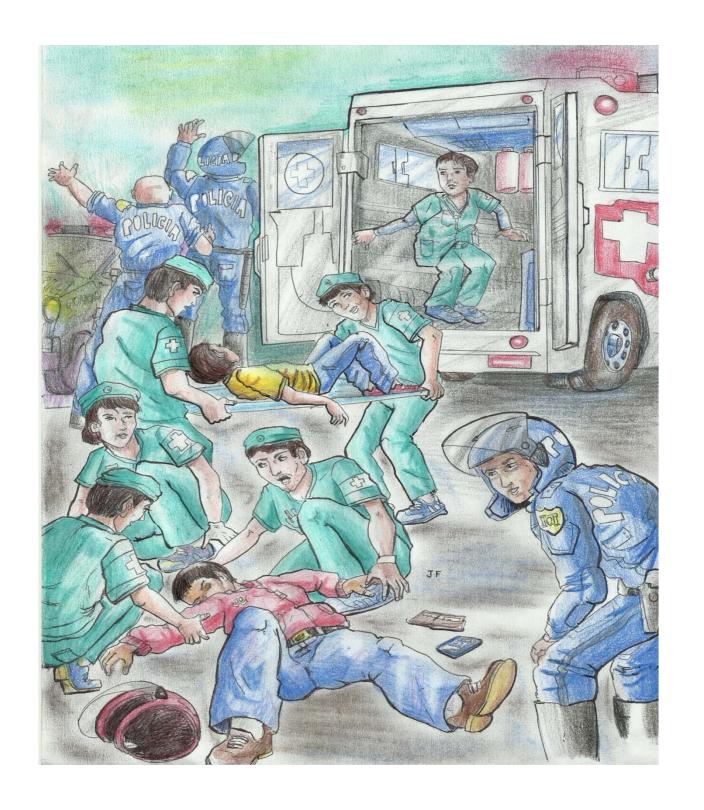
## **MANEJO DE LAS ENTREVISTAS**

Si el intento suicida se realiza para morir, no es aconsejable reflexionar acerca de las supuestas ventajas que nos depara la vida, porque eso es precisamente, lo que el adolescente no percibe. Para pensarlo y trabajarlo en grupo:

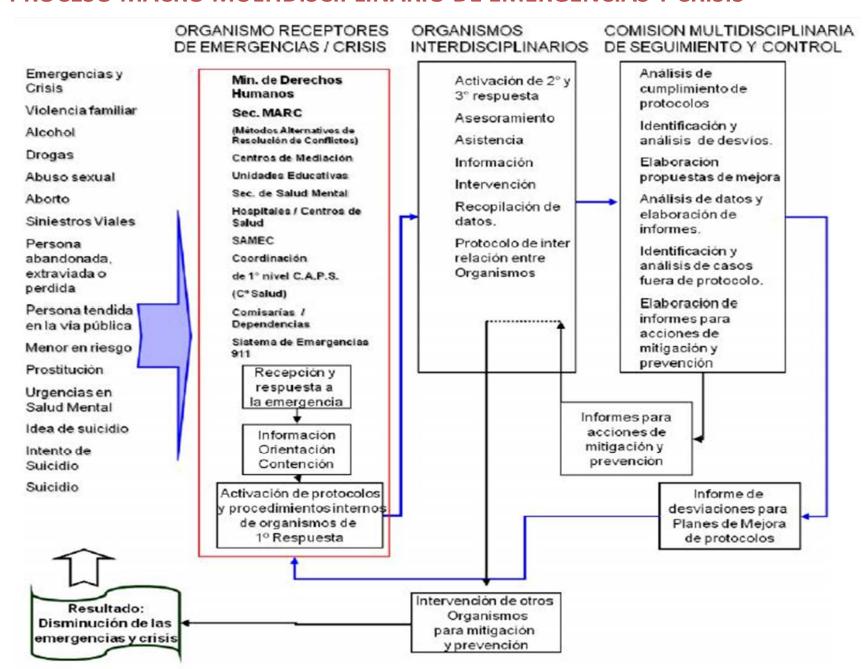
1.Plan de actuación, Que hago? Cómo? Con quien?

- Prevención.
- Intervención.

# MANUAL MULTIDISCIPLINARIO E INTERSECTORIAL DE INTERVENCIÓN EN EMERGENCIAS Y CRISIS



#### PROCESO MACRO MULTIDISCIPLINARIO DE EMERGENCIAS Y CRISIS



Esa cosa llamada Salud Colectiva, es algo que vale la pena darle cariño e impulsar su crecimiento porque en última instancia es crear "aquello" que es una gran realidad: la solidaridad para generar el mundo que soñamos" (Edmundo Granda)

# **iiiMUCHAS GRACIAS!!!**





Secretaría de Salud Mental y Abordaje Integral de las Adicciones