

Intervención en crisis, decisiones y cursos de acción en relación a la conducta suicida

Ps. Daniela Ibacache

Crisis Suicida

- Cuando frente a una situación problemática, los mecanismos adaptativos, creativos o compensatorios se agotan, aparece el suicidio como una forma de resolver.
- **Crisis Suicida** (Gómez, 2012) al período limitado de tiempo en que el riesgo inmediato puede escalar rápidamente. Período de especial severidad clínica en que pueden existir ideas y/o intentos de suicidio
- Litman (1990) **Zona Suicida** entendida como área de riesgo conformada por ideas, planes y conducta suicida.
- La duración de la crisis suicida es variable, desde minutos a días y –raramente- semanas.
- Principal tarea es **RESGUARDAR LA SEGURIDAD DE LA PERSONA** y modificar los factores de riesgo a fin de facilitar la salida de esta área.

Desencadenamiento de la crisis

- **Ocurrencia de eventos vitales negativos:** Se perciben como disruptivos, incontrolables y perturbadores. Implican conflictos o pérdidas y se superponen a factores de riesgo preexistentes.
- **Disminución del soporte social:** Personas con intento de suicidio suelen tener escasa red social. Las personas aisladas y sin apoyo presentan los intentos de suicidio más severos.

Recuerde que la mayoría de las personas da indicios directos o indirectos de su intención suicida

Crisis suicida en la infancia

- Cambios en el comportamiento en casa y/o en la escuela
- Variación en los hábitos alimenticios
- Cambios en los hábitos de sueño
- Cambios en el ánimo
- Dificultades escolares (fugas, oposicionismo, desinterés)
- Cambios en el juego
- Repartir posesiones valiosas
- Preocupación por la muerte y temas afines
- Hacer notas de despedida

Desencadenantes de la crisis en la infancia

- Presenciar acontecimientos dolorosos (divorcio, muerte, abandono)
- Problemas en su relación con los padres (maltrato, abuso, negligencia)
- Problemas escolares (dificultades de aprendizaje o disciplinarias)
- Llamadas de atención de carácter humillante de parte de los padres, cuidadores, profesores u otra persona significativa, en público o privado
- Peticiones de ayuda no escuchadas por parte de los adultos
- Deseo de agredir a otros con quienes se mantienen relaciones disfuncionales, generalmente los padres
- Deseo de reunirse con un ser querido fallecido recientemente y que actuaba como soporte emocional del niño

Crisis suicida en la adolescencia

- Decepciones amorosas y amores tormentosos
- Malas relaciones con figuras significativas
- Problemas familiares
- Excesivas expectativas de los padres que sobrepasan las capacidades del adolescente
- Embarazo no deseado u oculto
- Acoso o abuso sexual por parte de figuras significativas
- Separación de amigos, compañeros de curso, pareja

Crisis suicida en la adolescencia

- Muerte de un ser querido
- Pérdida de figuras significativas por separación muerte o abandono
- Períodos de exámenes
- Períodos de adaptación a regímenes militares o internados
- Problemas disciplinarios en la escuela o conflictos legales
- Conciencia de enfermedad mental o física grave
- Aceptación del suicidio como forma de resolución de problemas en el grupo de pares

Crisis suicida en la adolescencia

- Violación o abuso sexual, más si el agresor es un familiar
- VIH u otra ITS
- Desastres naturales
- Estar sometido a amenazas de muerte o golpizas
- Bullying
- No poder cumplir con expectativas depositadas por los padres, maestros u otras figuras significativas, asumidas como alcanzables

Crisis suicida en el adulto

- Desempleo, durante el primer año
- Esposa competitiva en determinadas culturas machistas
- Escándalos sexuales en personalidades públicas
- Quiebra financiera
- Egreso hospitalario por enfermedad mental grave
- Hospitalización psiquiátrica reciente

Crisis suicida en personas mayores

- Período inicial de institucionalización
- Viudez durante el primer año en el hombre y en el segundo año de la mujer
- Maltrato físico y/o psicológico
- Enfermedades físicas que deterioran el sueño
- Asistencia a la pérdida de facultades mentales.

Manejo de la conducta suicida

La Primera Ayuda Psicológica (Pérez Barrero, 1999)³

Etapa	Lo que se debe hacer	Lo que No se debe hacer
1ª Etapa: Tomar contacto	Escuchar.	Contar su propia historia.
	Reflejar sentimientos	Ignorar sentimientos.
	Aceptación	Bromear, no dar importancia
2ª Etapa: Conocer la dimensión del problema	Formular preguntas abiertas para facilitar expresión de sentimientos y conocerlos	Atenerse a preguntas con respuestas si o no
	Evaluar el peligro suicida. Preguntar directamente si es necesario	Ignorar o no evaluar el peligro suicida
3ª Etapa: Posibles Soluciones	Abordar los obstáculos directamente	No explorar los obstáculos
	Establecer prioridades	Visión de túnel o estrechamiento del foco de atención ³
4ª Etapa: Acción concreta	Tomar una medida a tiempo	Ser tímido, ser indeciso
	Ser directivo, confrontar	Retraerse de asumir responsabilidades cuando sea necesario
5ª Etapa: Seguimiento	Realizar nuevos contactos para evaluar progreso o retroceso	Dejar la evaluación a otro que no conoce lo sucedido

Manejo de la Crisis suicida

- Nunca olvidar que el deseo de morir es **ambivalente** y, a menudo, transitorio. Debemos apoyar el deseo de vivir y ofrecer una esperanza de solución.
- Establecer una comunicación franca. Se recomienda llamar a la persona por su nombre.
- Determinar el riesgo para poder tomar mejores decisiones. Indagar abiertamente sobre la intencionalidad suicida.
- Develar el problema que generó la crisis y ofrecer ayuda para buscar soluciones, manteniendo una actitud positiva.
- Generar un espacio para el pensamiento y la verbalización de sus sentimientos. Escuchar atentamente y facilitar que se desahogue.

Manejo de la Crisis suicida

- Siempre creerle a la persona que manifiesta ideación o intención suicida. Cualquier amenaza de suicidio debe ser tomada en serio.
- **No dejar a la persona sola.** Enfatizar la necesidad de recibir ayuda.
- Garantizar la seguridad personal
- Disminuir los riesgos, alejando los objetos que pueden servir para cometer un acto suicida
- Generar espacio de confianza, escucha y contención. No ser críticos frente a la situación
- Ayudar a la persona a que exprese sus sentimientos.
- Explorar el motivo
- Reforzar los recursos de la persona
- Ayudarla a buscar respuestas alternativas.

Frente a un riesgo inminente de suicidio

- Solicitar ayuda inmediatamente. Traslado a unidad de emergencia o llamar a carabineros.
- No dejar a la persona sola. Llamar a alguien que lo acompañe mientras realizamos coordinaciones o consultas.
- No hacerle sentir culpable
- No desestimar sus sentimientos
- Expresarle apoyo y comprensión
- Permitirle la expresión de sentimientos
- Proveer contención farmacológica si es necesario e indicar hospitalización.

Acciones recomendadas según nivel de riesgo

Riesgo Leve

- Sin intentos de suicidio
- Ideación de frecuencia, intensidad y duración baja
- No existe intención suicida ni planificación de intentos
- Síntomas leves y autocontrol conservado
- Factores de riesgo escasos y factores protectores identificables
- Medio protector y confiable

Acciones Recomendadas

- Derivación a equipo de salud mental para evaluación y plan de tratamiento/ seguimiento
- Monitoreo de ideación suicida frecuente
- Tomar contacto con familiares y redes sociales de apoyo

Riesgo Moderado

- Ideación suicida más intensa, frecuente y persistente.
- Desesperanza moderada
- Existen planes vagos pero no hay una intención explícita de cometer suicidio
- Síntomas moderados y buen autocontrol
- Medio protector y confiable

Acciones Recomendadas

- Derivación a equipo de salud mental para evaluación y plan de tratamiento/ seguimiento
- Control farmacológico de los síntomas
- Considerar derivación a especialidades según guías y protocolos vigentes
- Monitoreo de ideación suicida constante
- Consultas frecuentes
- Incorporar a familiares y redes sociales de apoyo
- Familia debe estar dispuesta a solicitar atención de urgencia si es necesario
- Todo intento de suicidio debe ser considerado **al menos riesgo moderado**

Riesgo Alto

- Ideación suicida intensa, frecuente y persistente.
- Existen planes concretos con intención explícita de cometer suicidio (elección y búsqueda de método, carta, etc.)
- Conductas preparatorias (búsqueda de lugar, ensayo)
- Método accesible o disponible
- Evidencia de deterioro en el autocontrol
- Síntomas disfóricos severos
- Múltiples factores de riesgo y escasos factores protectores

Acciones Recomendadas

- Hospitalización voluntaria o involuntaria
- Control farmacológico de los síntomas
- Monitoreo de ideación suicida constante
- Definir medidas de vigilancia y protección
- Estrategias terapéuticas que permitan controlar el riesgo con prontitud

Riesgo Extremo

- Definido por la intensificación de las condiciones de riesgo alto
- **AUSENCIA** de factores protectores

Acciones Recomendadas

- Hospitalización voluntaria o involuntaria
- Estrategias terapéuticas que permitan controlar el riesgo con prontitud
- Medidas de contención física
- Monitoreo de ideación suicida constante
- Definir medidas de vigilancia y protección
- Monitoreo por un período no menor a 18 meses, buscando síntomas que indiquen reincidencia.

Recomendaciones durante la hospitalización

- Se debe generar plan de cuidados que considere el riesgo de suicidio y debe ser diariamente evaluado por enfermera de turno
- El usuario debe permanecer en una cama cercana a la estación de enfermería.
- La enfermera podrá aumentar el grado de vigilancia si lo considera necesario pero no podrá disminuirlo, salvo indicación médica por escrito.
- Tener asegurada la vigilancia durante los cambios de turno.
- Informar al médico cualquier RAM que observe en el paciente.

Recomendaciones durante la hospitalización

- Toda idea de muerte o suicidio comunicada por el paciente será registrada en el Libro de Novedades del personal de enfermería y comunicada verbalmente y de manera inmediata al médico de turno o jefe de servicio, psiquiatra y/o a la enfermera de turno.
- El técnico paramédico debe comprobar la ingesta de los medicamentos. En caso de no seguir indicación se deberá avisar a la enfermera de la unidad.
- Registrar la respuesta a la administración de medicamentos.
- Si el paciente presenta conductas disruptivas, agitación o hay riesgo de conducta suicida avisar a enfermera de clínica o de turno.

Recomendaciones durante la hospitalización

- Revisar la cama y velador de paciente retirando objetos potencialmente peligrosos como: cordones de zapatos, tijeras, encendedores, máquinas de afeitar, cinturones.
- Acompañamiento del paciente en actividades de rutina, especialmente idas al baño, ducha y en horarios de alimentación.
- En turno de noche se debe registrar la observación efectuada al paciente cada media hora en formulario hoja de registro de enfermería.
- En caso de contención física la indicación se hará conforme a las normas existentes.

Recomendaciones finales

- La evaluación del riesgo suicida debe estar incorporada en la práctica cotidiana de los equipos de salud.
- Evaluación debe incorporar otras fuentes, además del paciente, de ser posible
- La prioridad es proteger al paciente y resolver la crisis suicidal
- La evaluación del riesgo debe ser frecuente y con una visión prospectiva, el riesgo puede reaparecer
- El tratamiento de pacientes suicidas es multidisciplinario, incorporando aspectos biológicos, psicológicos, familiares y sociales.
- Aún existiendo una mejoría, el riesgo debe seguir siendo evaluado.