



Casos clínicos. Trastorno de las emociones y autolesiones.

Goretti Díaz Marrero.
Psiquiatra infantojuvenil de USMIJ-CHUC

Introducción.

Conceptos.

Factores
predisponentes/desencadenantes/vulnerabilidad.

Señales de alerta de riesgo suicida.

La entrevista clínica.

Casos clínicos.

- La OMS estima que, en el mundo, una persona intenta morir cada 3 s, y que cada 40 s se consuma un suicidio.
- Es la primera causa de muerte violenta, por delante de los homicidios y los conflictos bélicos juntos.



**El poder de la
comunicación**

PLAN DE SALUD MENTAL DE CANARIAS 2019 - 2023

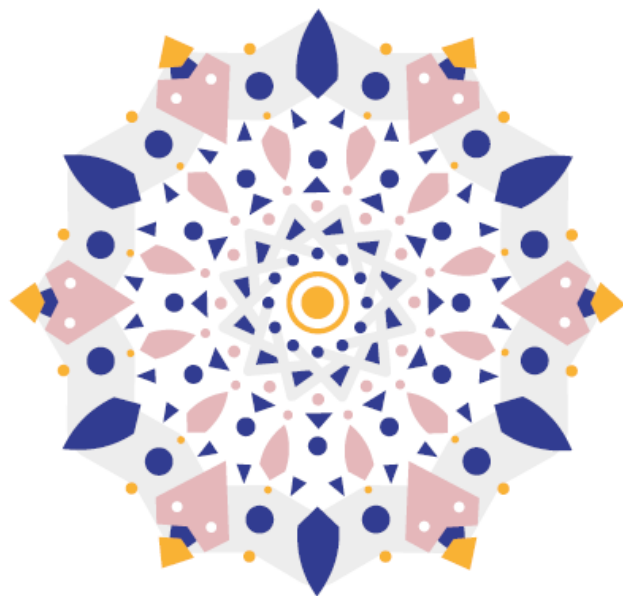


Tabla 1. Tasas de suicidio consumado en Canarias, España y UE. Periodo 2007-2015

Años	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Canarias	7,75	8,82	7,60	7,36	6,68	8,92	8,73	8,46	9,05
España	7,27	7,58	7,47	6,85	6,89	7,57	8,31	8,41	7,76
UE 28	11,4	11,7	11,9	11,8	11,68	11,72	11,67	--	--

UE 28: Unión Europea - 28 países. Fuentes: ISTAC, INE y EUROSTAT. Tasa por 100.000 hab. y año



PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LA
CONDUCTA SUICIDA EN CANARIAS

PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN ANTE RIESGO SUICIDA DETECTADO EN INSTITUCIONES EDUCATIVAS DE CANARIAS



Servicio
Canario de la Salud



Gobierno
de Canarias

stopsuicidiocanarias.com



Servicio
Canario de la Salud



Gobierno
de Canarias

<https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=580abe84-7a61-11ef-8f2a-c9a2829b6452&idCarpeta=5cdd7cb4-4bbf-11ee-aac4-1da46e630abe>

CONCEPTOS



Conducta suicida

Conducta potencialmente lesiva autoinfligida para la que existe evidencia, implícita o explícita, de que la persona no tiene intención de matarse.

Valoración del riesgo suicida: nivel de probabilidad de una persona para realizar un intento de suicidio, independientemente del resultado.

Factores asociados a la conducta suicida en la infancia y la adolescencia según el modelo de Mann y su nivel de evidencia

	Factores de vulnerabilidad (predisponentes)	Factores estresantes (desencadenantes)	Factores de vulnerabilidad-estrés*
Alto nivel de evidencia	– Factores genéticos y biológicos – Conducta suicida en la familia y psicopatología en los padres.	– Depresión y otros trastornos mentales – Abuso de drogas – Exposición a casos cercanos – Problemas familiares y con el grupo de iguales – Acontecimientos vitales estresantes.	– Intento de suicidio previo – Maltrato físico y abuso sexual – <i>Bullying</i> – Factores psicológicos (rigidez cognitiva, desesperanza, neuroticismo y locus de control externo).
Moderado/ Bajo nivel de evidencia	– Funcionamiento familiar disfuncional – TDAH.	– Distimia, trastornos de ansiedad y de la alimentación – Problemas del sueño (insomnio o hipersomnia) – Exposición al suicidio en los medios.	– Otros factores psicológicos (impulsividad, perfeccionismo).

*Factores que pueden actuar como predisponentes o desencadenantes
TDAH: Trastorno por déficit de atención con hiperactividad
Fuente: modificado de Evans et al (2004) (460)

Señales de alerta de riesgo suicida:

DIRECTAS	INDIRECTAS
EXPRESAR (verbalmente) - Sentimientos de desesperanza, no ver la salida, atrapado...	EXPRESAR (verbalmente o por escrito) - Ausencia de sentido de la vida o motivo de vivir. - Sentimientos de sufrir dolor insoportable. - Cargar una carga para amigos, familia...
COMPORTAMIENTOS - Búsqueda de manera desesperada de la muerte. - Realizar actos de desesperación: tirar cosas, romper cosas, deshacerse de sus cosas. - Despedirse de familiares o amigos. - Conductas autolesivas sin motivo aparente.	COMPORTAMIENTOS - Abandono de estudios, familia, ocio... - Realizar actos de riesgo o actividades de riesgo. - Consumo de OH o drogas.
ESTADO/FUNCIONAMIENTO - Mejoría marcada y repentina inexplicable (ya ha tomado una decisión).	ESTADO/FUNCIONAMIENTO - Cambios de carácter o ánimo de manera significativa. - Estado emocional marcadamente triste/rabia/ira. - Cambios en el sueño, apetito. - Cambio importante de rendimiento académico. - Abandono autocuidado.

PREGUNTAR

La entrevista clínica.

¿Cómo y qué preguntar?.

- Crea un ambiente seguro: Asegúrate de que el adolescente se sienta cómodo y seguro para hablar. Puedes comenzar con algo como: "Gracias por estar aquí y por compartir tus pensamientos conmigo. Este es un espacio seguro."
- Explora sus sentimientos: "¿Cómo te has estado sintiendo últimamente? ¿Hay algo específico que te preocupe o te haga sentir triste?"
- Identifica desencadenantes: "¿Hay alguna situación, lugar o persona que te haga sentir angustia o te haga tener pensamientos malos?", ¿Qué te gustaría cambiar en tu vida?"
- Pregunta sobre el apoyo: "¿Hay alguien en tu vida con quien te sientas cómodo hablando sobre estos sentimientos? ¿Cómo te han apoyado?"
- Reflexiona sobre la esperanza: "¿Hay cosas que te traen alegría o momentos en los que te sientes mejor? ¿Qué te hace feliz?"
- Ofrece recursos: "Es importante hablar con alguien que pueda ayudar. ¿Has considerado hablar con un profesional de la salud mental?"
- Agradece: "Gracias por compartir tus pensamientos conmigo. Es valiente hablar sobre lo que sientes, y estoy aquí para apoyarte."

La entrevista clínica.

¿Cómo y qué preguntar?.

Principios básicos:

- Favorecer un ambiente de confianza y seguridad.
- Tener una actitud de escucha activa y apoyo.
- Cuidar la comunicación: no minimizar ni banalizar la situación que está viviendo ni sus problemas, pero tampoco alarmar.
- Aportar información.
- Favorecer la toma de decisiones compartida.

No es fácil afrontar una entrevista clínica en pacientes con conducta suicida.

Lo recomendable es lo más sencillo: preguntar abiertamente. No solo no incomodará al/la paciente, sino que seguramente sirva para crear alianza terapéutica.

La entrevista clínica.

¿Cómo y qué preguntar?.

Comience con preguntas que abordan los sentimientos del paciente acerca de la vida:

- ¿cómo te sientes en tu vida?
- ¿Ha sentido alguna vez que la vida no valía la pena ser vivida?
- ¿Alguna vez desea ir a dormir y no despertar?

Continúe con preguntas específicas acerca de los pensamientos de muerte, la autolesión o suicidio.

Mitos con re

- Los que h
- El hablar
- El suicidio
- Tienen toda
- La mejoría pos
- No todos los suicidio
- Una vez que la persona es e

*Todos estos mitos no solo son propios de la cultura popular, sino que suelen estar muy presentes en los equipos de salud. Esto es particularmente grave en la medida que al omitir el tema por temor puede perderse una importante posibilidad de actuar en el diagnóstico y la prevención de un comportamiento suicida.

Para las personas que tienen pensamientos de autolesión o suicidio

¿Cuándo empezó a darse cuenta de esos pensamientos?

¿Qué le llevó a esos pensamientos?

¿Con qué frecuencia se han producido esos pensamientos?

¿Ha intentado llevar a cabo alguno de esos pensamientos?

¿Cree probable llevarlos a cabo en el futuro?

¿Alguna vez ha comenzado a dañarse, pero se detuvo antes de hacer algo?

¿Ha hecho un plan específico para hacerse daño?

comenzase a tener pensamientos de hacerse daño o quitarse la vida, una vez más, ¿qué haría?

¿Cómo ve su futuro?

¿Qué cosas le hacen sentir más (o menos) esperanza en el futuro?

¿Qué cosas harían más (o menos) probable que usted tratase de matarse?

¿Qué cosas en su vida le llevan a querer escapar de la vida o estar muerto?

¿Qué cosas en su vida hacen que quiera seguir viviendo?

A personas que han intentado suicidarse o han realizado autolesiones previas, se les puede realizar **preguntas adicionales generales:**

¿Puede describir lo que pasó (por ejemplo, las circunstancias, los precipitantes, visión del futuro, el consumo de alcohol u otras sustancias, el método, la intención, la gravedad de las lesiones)?

¿Qué pensamientos estaba teniendo que le llevaron hasta el intento?

¿Qué cree que pasaría, qué pretendía conseguir?

¿Había personas presentes en ese momento?

¿Buscó ayuda o la buscó alguien?

¿Tenía previsto ser descubierto o fue encontrado accidentalmente?

¿Cómo se sintió después? (por ejemplo: aliviado, frustrado...).

¿Ha recibido tratamiento después?

¿Su visión de las cosas cambiaron, hay algo diferente desde el intento?

¿Lo había intentado en ocasiones anteriores?

La entrevista clínica.

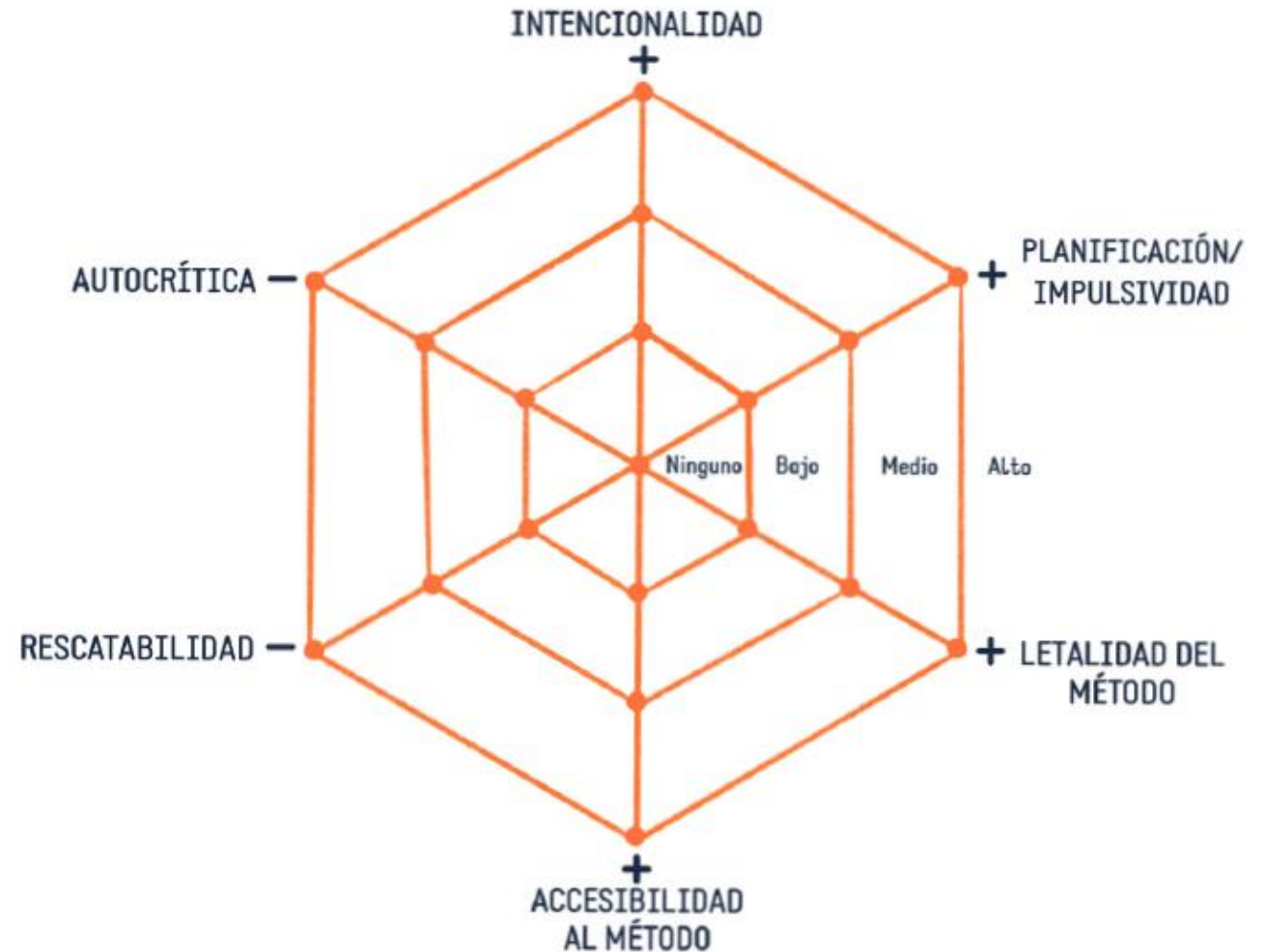
¿Cómo y qué preguntar?.

3. Evaluación de la presencia de ideación

Valorar la presencia de ideación o intencionalidad.

1. Intencionalidad.
2. Planificación.
3. Letalidad del método.
4. Accesibilidad al método.
5. Rescatabilidad.
6. Autocrítica.
7. Instrumentalización.

¡Ojo, la presencia de esta finalidad no disminuye el riesgo!



ESCALA COLUMBIA DE NIVEL DE RIESGO SUICIDA (C-SSRS).

	Último mes	
	SÍ	NO
Haga las preguntas 1 y 2		
1) ¿Has deseado estar muerto/a, o dormirte y no volver a despertarte?		
2) ¿Has llegado a pensar en quitarte la vida?		
Si la respuesta es SÍ a la pregunta 2, haga las preguntas 3, 4, 5 y 6. Si la respuesta es NO a la pregunta 2, pase directamente a la pregunta 6.		
3) ¿Has estado pensando cómo lo harías? Por ejemplo: "Pensé tomar una sobredosis, pero nunca llegué a tener un plan concreto sobre cuándo, dónde o cómo lo haría... y nunca lo llevaría a cabo".		
4) ¿Has llegado a tener intención de llevar a cabo esos pensamientos de quitarte la vida? Nota: en contraposición a "Tengo esos pensamientos pero nunca haría nada así"		
5) ¿Has comenzado a pensar o has pensado cómo lo harías? ¿Has llegado a tener intención de llevar a cabo ese plan? Nota: ambas respuestas deben ser "Sí" para calificarla como tal.		
6) ¿Has llegado a intentar quitarte la vida, o has empezado a realizarlo, o has hecho preparativos para hacerlo? Ejemplos: acumular pastillas, conseguir un arma, regalar cosas valiosas, escribir un testamento o una nota suicida, sacar las pastillas pero no llegar a tomarlas, empuñar un arma pero cambiar de idea o ser arrebatada por otra persona, ir a un tejado pero no saltar; o realmente tomar una sobredosis de pastillas, intentar dispararse, hacerse cortes, intentar ahorcarse, etc. Si la respuesta es SÍ, pregunte: ¿Eso ha ocurrido en estos últimos tres meses?	A lo largo de la vida	
	Últimos 3 meses	

MODELO DE LA OMS:

En el protocolo del proyecto SUPRE-MISS, la OMS diseñó una clasificación para valorar el riesgo de la conducta suicida según los síntomas, indicando cómo habían de ser evaluados y las medidas terapéuticas a seguir.

La conducta suicida se considera:
Leve : si la puntuación es ≤ 4 .
Moderada: = 5.
Grave: = 6.

RIESGO	SÍNTOMAS	EVALUACIÓN	ACCIÓN
0	No hay peligro.	-	-
1	Alteración emocional leve.	Indagar sobre pensamientos suicidas.	Escuchar con empatía.
2	Vagas ideas de muerte.	Indagar sobre pensamientos suicidas. Valorar el intento.	Escuchar con empatía.
3	Vagos pensamientos de suicidio.	Valorar el intento (plan y método).	Explorar posibilidades . Identificar apoyo.
4	Ideas suicidas, pero sin trastorno psiquiátrico ni otros factores de riesgo.	Valorar el intento (plan y método).	Explorar posibilidades. Identificar apoyo.
5	Ideas suicidas con trastorno psiquiátrico y/u otros factores de riesgo.	Valorar el intento (plan y método). Hacer un contrato.	Remitir a Salud Mental.
6	Ideas suicidas con trastorno psiquiátrico o severos acontecimientos estresantes o agitación o intento previo.	Permanecer con el/la paciente (para prevenir su acceso a los medios).	Remitir a Salud Mental. Valorar hospitalización.

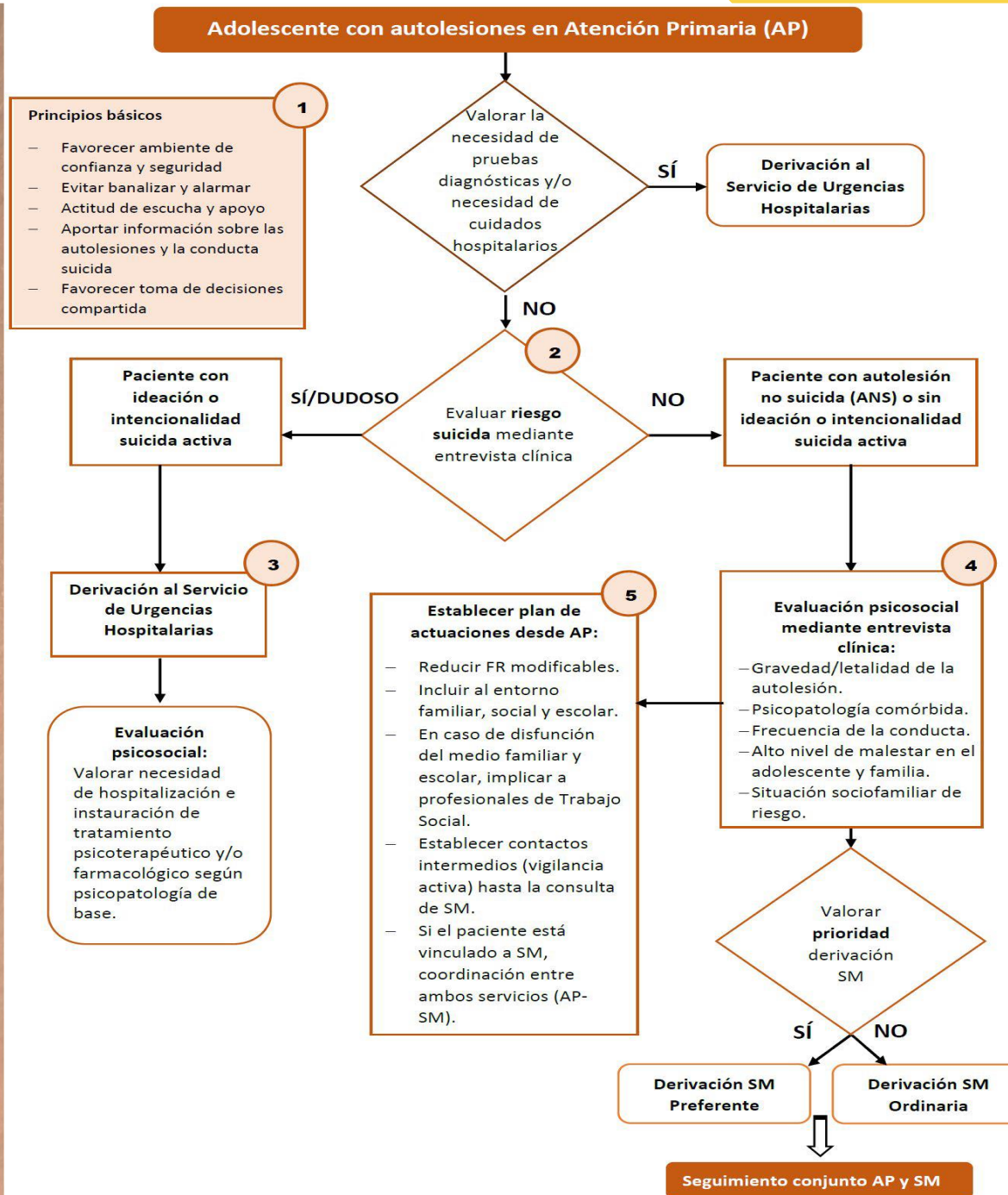


Casos clínicos

*“El suicidio es una solución eterna para lo que
a menudo no es más que un problema temporal”*

Edwin Shneidman, 1985

Evaluación y manejo clínico de las autolesiones en la adolescencia: protocolo basado en la evidencia

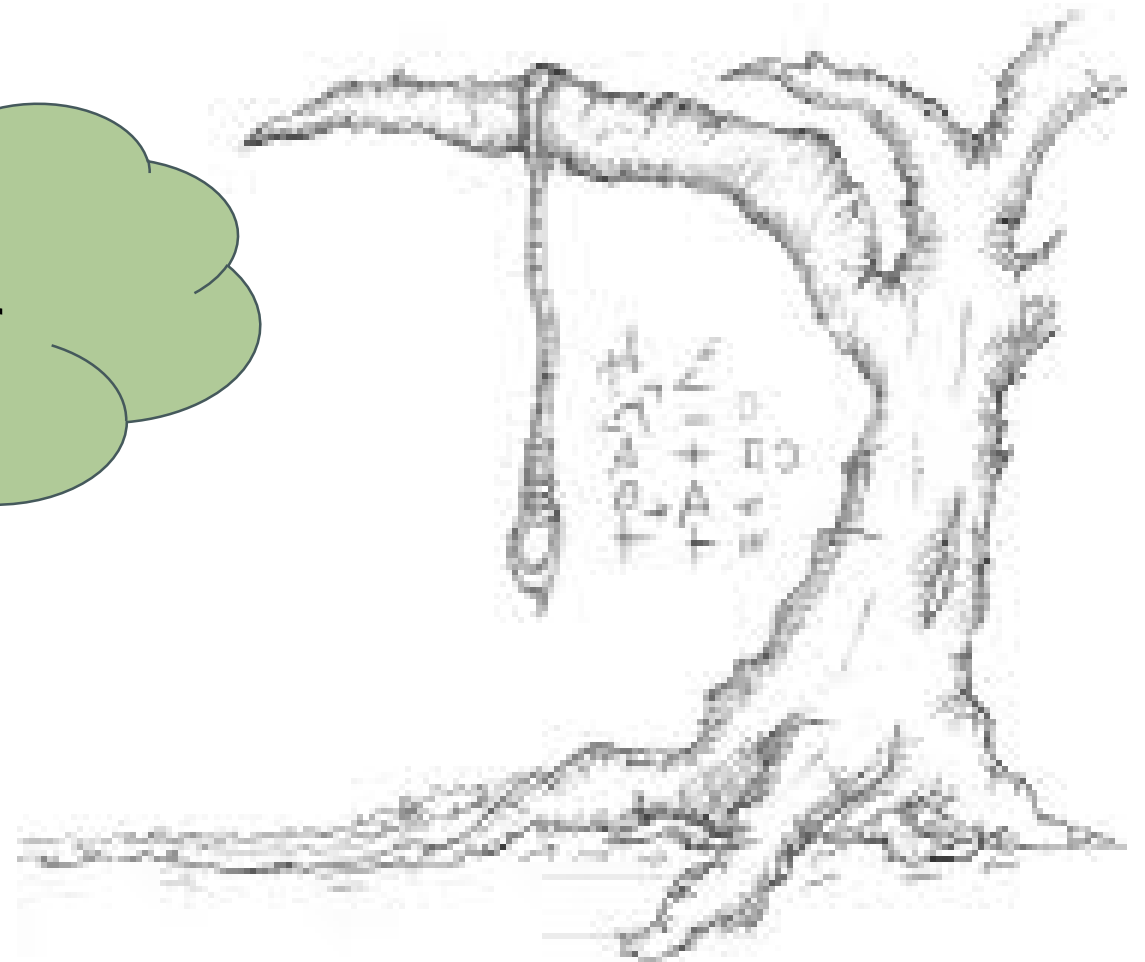


Caso 1

Interconsulta

Paciente mujer de 1
servicio , por Trastor
hiperactividad, ha deja
habitual hace 4 meses, ahora aproximadamente
hace 1 mes refiere tristeza , apatía ,
desmotivación, comenta repetidamente que
siente deseos de morir (sin intento de
autolisis).

Deseos de morir



Psicobiosocial:

- Padres separados. Convive con su madre y hermano menor de 4 años de edad, de rama paterna. Al padre lo ve "cuando él quiere". Estudiante de secundaria con buen rendimiento académico.
- Tiene pocos amigos, pero sale con 2 o 3 amigas "de siempre".
- No aficiones.

Antecedentes personales:

*Somáticos:

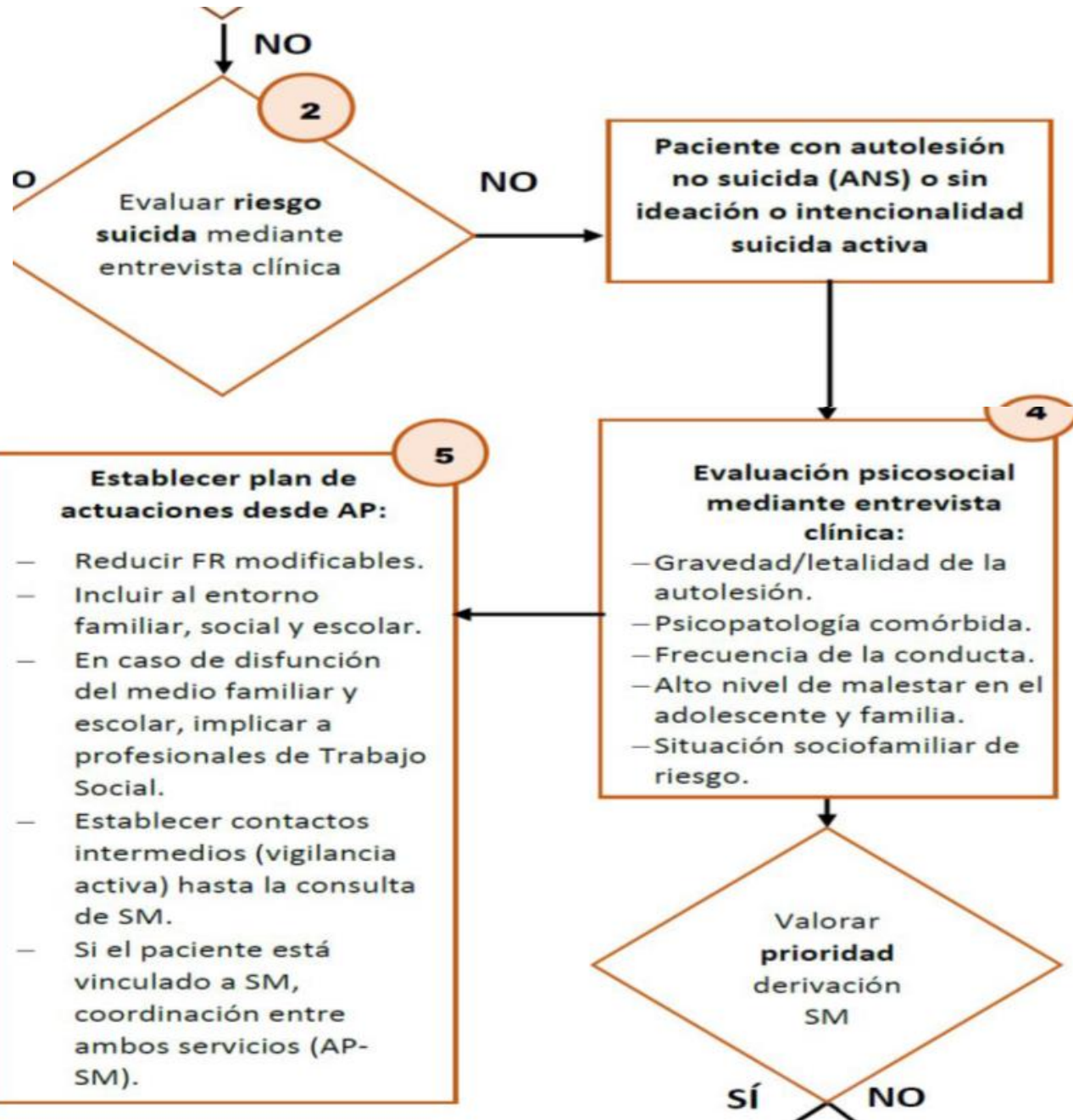
- NAMc. No IQ. Asma infantil, actualmente sin tto.

- 
- Psiquiátricos: a los 9 años diagnosticada de TDAH, predominio inatento. Desde los 10 años en tto farmacológico consistente en 30 mg de metilfenidato liberación prolongada con buena respuesta y tolerancia.

Antecedentes familiares:

- Abuelo paterno fallecido por suicidio consumado.

Enfermedad actual: refiere que tras empezar secundaria se encuentra más triste, ganas de llorar continua, apatía, ya no disfruta igual que antes, le cuesta dormir y come mucho menos que antes. No le apetece salir de casa y a veces se siente tan mal que desea morir.



¿Qué preguntamos?

¿cuándo empezaste a darte cuenta de esto?

¿con que frecuencia tienes esos pensamientos?

¿has pensado en hacerlo?

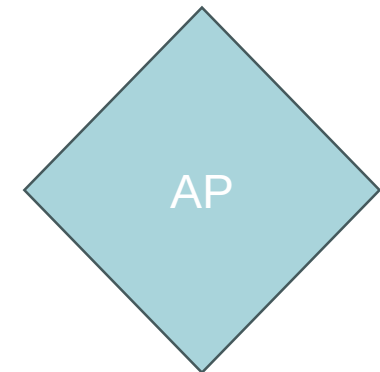
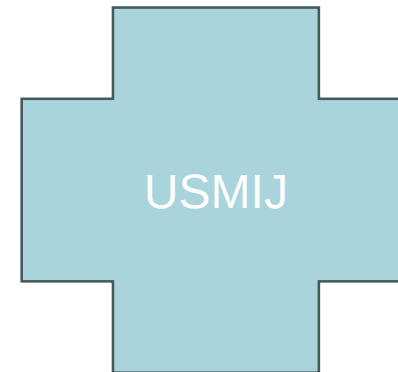
¿crees probable hacerte daño?

¿crees que podemos ayudarte? ¿cómo?

¿quieres contárselo a alguien?

¿Qué hacemos?

- Si hay riesgo inminente: urgencias.
- Si no hay riesgo inminente: valorar psicopatología comórbida (afectiva, psicosis, alteración de sueño o apetito).
 - Frecuencia/tiempo.
- Nivel de malestar que le produce esto a la persona y familia.
 - Situación sociofamiliar (¿de riesgo?).



Paciente de 14 años conocida por ustedes por sospecha de TDAH, desde hace más de 6 meses está presentando sensación de tristeza, en ocasiones presenta ansiedad con hiperfagia, no duerme, en varias ocasiones ha venido a consulta y hablamos, refiere que no sabe que le sucede, pero se siente mal, sin ánimo, sin nada que le motive, no habla con los padres de este tema; en ocasiones la madre refiere que le ve heridas que le impresionan que se autoagrede, derivó para valoración por ustedes.

Psicobiosocial:

- Convive con sus padres y 3 hermanos menores. Padres en situación de inactividad laboral. Estudiante de secundaria con mal rendimiento escolar, le cuesta ir a clases.
- Escasa vida social, apenas se relaciona con sus amigos.

Antecedentes personales:

*Somáticos:

- NAMc. Intervenida de hernia umbilical en infancia.
- Rinitis alérgica con corticoide nasal. No otros antecedentes de interés.

*Psiquiátricos:

Derivada en primaria por sospecha de TDAH,

- evaluada en 2 ocasiones, se descartó el mismo con sospecha de T. Aprendizaje.

Antecedentes familiares:

- No refiere.

Caso 2:

autolesiones



Principios básicos:

El manejo de las autolesiones debe estar guiado por unos principios básicos para mejorar la comunicación y la toma de decisiones compartida, y que la persona se sienta escuchada, apoyada y comprendida. Estos aspectos se deben mantener durante todo el proceso:

Favorecer un ambiente de confianza y seguridad.

Tener una actitud de escucha activa y apoyo.

Cuidar la comunicación: no minimizar ni banalizar la situación que está viviendo ni sus problemas, pero tampoco alarmar.

Aportar información sobre las autolesiones: se puede explicar en qué consisten, en qué poblaciones hay más riesgo de autolesión, cuáles son sus funciones, qué diferencias existen entre la autolesión no suicida y la conducta suicida, cómo se evalúan y tratan las autolesiones o qué estrategias utilizar para evitar llevar a cabo estas conductas.

Favorecer la toma de decisiones compartida.



Para sentirse mejor

Mediante estas conductas, algunas personas buscan liberar o manejar emociones que les resultan intolerables, como el enfado, la ansiedad, la tristeza, la frustración o la desesperanza. Se trata de un intento de parar los pensamientos y sentimientos más negativos o desagradables. En otros casos, puede tener un componente de intento de llamada de atención.

A corto plazo puede parecer que funciona, pero con el tiempo produce sentimientos de culpa, vergüenza, enfado, miedo, angustia, etc. Además, se genera tolerancia al dolor, por lo que las autolesiones se van haciendo más frecuentes y profundas, dado que cada vez se necesita más dolor físico para sentir el mismo alivio de antes.

Para sentir que se asume el control

Hay ciertas situaciones que pueden sobrepasar a cualquier persona. No podemos controlar cómo se comportan los demás, como a veces tampoco nuestras emociones. Las autolesiones pueden parecer una forma de tener control sobre algún aspecto de nuestra vida, aunque en realidad no lo sean.

Como una forma de castigo

Esta causa es más frecuente cuando la persona tiene una baja autoestima y tiende a culpabilizarse por sus emociones negativas. Son habituales los sentimientos de odio y rechazo hacia uno/a mismo/a (por ejemplo, hacia su propio cuerpo) o hacia el mundo.

Como respuesta a sentimientos de vacío o entumecimiento emocional

Cuando una persona se siente desconectada de sus emociones, la frustración puede llevarla a hacerse daño solamente por el deseo de sentir algo, aunque sea dolor.

Estas conductas pueden suponer un alivio temporal del dolor emocional que la persona siente, pero es importante saber que el dolor no desaparecerá hasta que no se actúe sobre las razones o motivos que lo provocan.

SI ALGUIEN SE HACE DAÑO A SÍ MISMO, ¿ES LO MISMO QUE UN INTENTO DE SUICIDIO?

No. Sin embargo, se trata de una conducta que, al llegar a un determinado grado de gravedad, puede empeorar la salud mental y aumentar el riesgo de que aparezcan ideas de suicidio.

La intencionalidad suicida pretende terminar con el sufrimiento. En cambio, las autolesiones no suicidas (ANS) son una estrategia para afrontar ciertos problemas o estados emocionales desagradables.

Sin embargo, aunque las autolesiones no son lo mismo que la conducta suicida, hacerse daño a uno/a mismo/a puede aumentar el riesgo de suicidio o conducir a él, especialmente cuando las autolesiones dejan de ser un método efectivo para afrontar emociones o en una situación de crisis. En resumen, la autolesión recurrente se considera un factor de riesgo de suicidio.

¿QUÉ PUEDES HACER SI TE AUTOLESIONAS O ESTÁS PENSANDO EN HACERLO?

Lo primero que debes hacer si te autolesionas o has pensado en hacerlo es pedir ayuda. No es nada fácil hacerlo, debido a sentimientos como la vergüenza, la desesperanza o la culpabilidad, pero es muy importante porque cuanto antes lo hagas, más fácil será que recibas el apoyo, la evaluación y el tratamiento necesarios. Puede que tengas miedo a que empeore la situación, pero pedir ayuda ya es un paso que te hará sentir que estás en el camino hacia una solución.

Es importante que sepas que, en caso de que no estés preparado/a para hablarlo en tu casa, si tienes 16 años o más puedes acudir a tu centro de salud por tu cuenta.

Vayas acompañado/a o no, el primer paso es una evaluación. Se trata de un proceso en el que los/las profesionales sanitarios/as hablarán contigo para obtener información sobre las autolesiones (por ejemplo, la duración, los métodos utilizados y el objetivo que está detrás) y sobre tu salud física y mental. También es una forma de conocerte más y establecer una relación de confianza contigo.

De forma complementaria, se pueden utilizar escalas de evaluación psicológica. Normalmente, son test escritos que ayudan a recoger más información importante para el tratamiento, como la ideación suicida, la conducta suicida, las características de las autolesiones y otras cuestiones clínicas importantes como la presencia de sentimientos de desesperanza, tristeza u otros síntomas depresivos.

Una vez que has pedido ayuda y los/las profesionales han evaluado tu situación, se pone en marcha el tratamiento que te permitirá superar el problema.

¿CUAL ES EL TRATAMIENTO DE LAS AUTOLESIONES?

Dependiendo de cada caso y los problemas asociados, puede ser un tratamiento psicológico, farmacológico o una combinación de ambos.

Tratamiento psicológico

Los tratamientos psicológicos más utilizados para abordar estas conductas se dirigen a eliminar o disminuir la conducta autolesiva modificando los pensamientos negativos asociados a ella y ayudando a sustituirla por otras formas de enfrentarse a los problemas. En este caso, tu profesional de referencia te hablará de terapia cognitivo-conductual, terapia dialéctico-conductual, terapia de mentalización, terapia familiar y/o terapia de resolución de problemas.



Algunos aspectos prácticos que se abordan a corto plazo mediante estos tratamientos son:

- Identificar desencadenantes para las autolesiones (pensamientos, situaciones, personas, etc.).
- Despistar tu necesidad de autolesionarte, por ejemplo, buscando actividades alternativas para distraer tu atención.
- Mejorar tus estrategias de resolución de problemas, ayudándote a manejar situaciones estresantes de manera más efectiva.
- Darte herramientas para controlar y gestionar tus emociones.
- Cambiar tus pensamientos negativos por otros más objetivos o realistas.
- Enseñarte a aceptar el dolor emocional como parte de la vida.



Tratamiento farmacológico

En ocasiones hará falta que tomes fármacos, principalmente cuando te diagnostiquen trastornos como depresión, ansiedad o alteración de la personalidad.



Tratamiento combinado

Cuando el profesional de referencia lo estima necesario, se combinan el tratamiento psicológico y el farmacológico.

¿QUÉ PUEDES HACER PARA EVITAR AUTOLESIONARTE?

Si consigues controlar el malestar sin hacerte daño, será más fácil que no recurras a autolesionarte la próxima vez que te sientas mal.



Actividades relajantes

- ✓ Hacer ejercicios de relajación (respiración, contracción y relajación muscular).
- ✓ Escuchar música, ver algún vídeo.
- ✓ Darse un baño.



Estrategias de regulación emocional

- ✓ Conocer tus emociones y nombrarlas.
- ✓ Intentar conocer por qué se originan.
- ✓ Descargar las emociones desagradables:
 - Apretar un cubito de hielo hasta que se derrita.
 - Escribir, dibujar y hablar sobre tus emociones.
 - Gritar al aire libre.
 - Pegar a una almohada u objeto suave.
 - Darte una ducha de agua fría.



Hábitos saludables y rutinas

Establecer una rutina que incluya hábitos saludables ayuda a estructurar el día a día y a disminuir mucho la ansiedad:

- ✓ Hacer deporte.
- ✓ Escuchar música.
- ✓ Cuidar de un animal.
- ✓ Ir a dar un paseo.
- ✓ Leer un libro.



Búsqueda de apoyo: red de seguridad

Elegir a una persona a la que acudir en momentos de crisis. Puede ser:

- ✓ Un amigo/a.
- ✓ Tu pareja.
- ✓ Tu hermano/a.
- ✓ Un terapeuta o psicólogo/a.
- ✓ Tu madre o tu padre.
- ✓ Otro/a familiar.
- ✓ Un orientador/a escolar.
- ✓ Un profesor/a.
- ✓ Un médico/a o enfermero/a de atención primaria.

Paciente varón de 14 años de edad con antecedentes debajo especificados, valorado en urgencias por ideación autolítica en Agosto.....Soltero, sin hijos. Hijo único. Vive con su padre. Su madre, afecta de TBP según informa, ha abandonado la casa recientemente. Describe situación familiar adversa. Mala relación con su madre. Buena relación con su padre, que tiene discapacidad por enfermedad (hipoacusia importante, DM, dificultad de movilidad...) Escasos apoyos externos.

Estudiante. En septiembre empezó curso de Emergencias. Realizó módulo de auxiliar de enfermería inconclusa.)

Comenta que no mejora, s. estímulo, agresividad que no puede evitar. Además, no quiere o

Está comenzando con mala relación. Quiere estar en su casa porque los conflictos familiares es lo que le provoca la agresividad.

Ha acudido en varias ocasiones a urgencias por este motivo, comenta que ya tiene miedo de sí mismo, persiste ideación autolítica.

Caso 3



Psicobiosocial:

- Padres separados (su madre abandona domicilio familiar hace unos meses). Convive con su padre (dependiente para algunas actividades por enfermedades). Estudiante de ciclo de emergencias (abandonó ciclo el curso pasado).
- Tiene pocos amigos. Escaso apoyo externo.

Antecedentes personales:

*Somáticos:

- Alergia a penicilina. No IQ. Obesidad. No otros antecedentes de interés.

*Psiquiátricos:

- Valorado en servicio de urgencias por ansiedad e ideación autolítica, siendo dado de alta el mismo día. Derivado a USM. Activado protocolo suicidio.

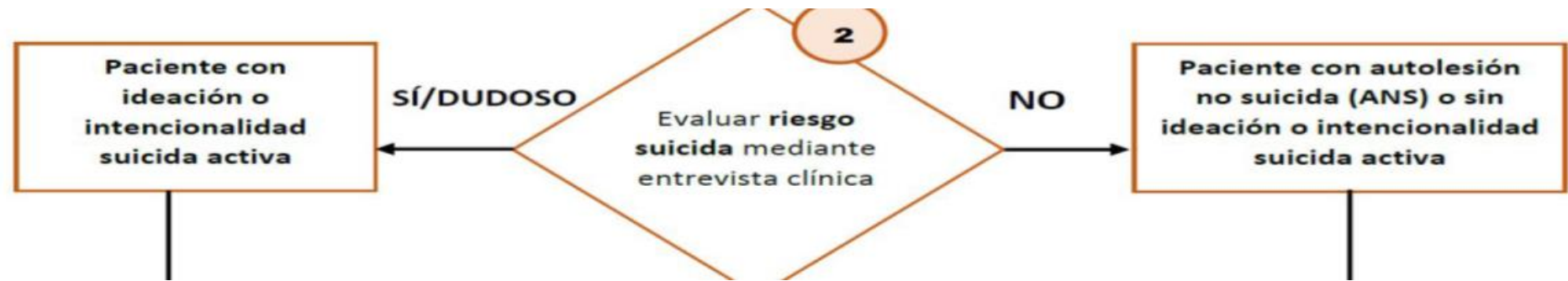
Antecedentes familiares:

- Familiar de primer grado afecto de TMG (Trastorno bipolar).

No hay intencionalidad

Enfermedad actual:

Refiere que lleva varios meses que se siente triste, irritable, no sabe que le pasa y siempre reacciona con mucha agresividad, que después se arrepiente. Ha intentado varias cosas, pero siente que nada mejora por lo que ha pensado en suicidarse, pero sabe que no lo haría por su padre, por no ponerlo más enfermo, tampoco cree que sea capaz. Ha perdido el apetito y no puede dormir. Prefiere estar fuera de casa, siente que se agobia en ella.



Condiciones y lugar adecuado:

- En términos generales, deben procurarse las condiciones que favorezcan un ambiente de seguridad, confianza, confidencialidad y privacidad.
- Buscar un espacio tranquilo, que permita conversar y preservar la confidencialidad.

Inicio:

- Iniciar la conversación mostrando interés y preocupación.
- Mostrar empatía. Transmitir comprensión del malestar, apoyo y disponibilidad para ayudar.

Indagación gradual, de lo general a lo específico:

- La valoración provisional del riesgo suicida nunca debe realizarse de forma precipitada al principio de la entrevista, ni de forma mecanizada e impersonal. El momento ideal es cuando ya se ha establecido una conversación empática y ya se ha completado la valoración general.

- Preguntas generales relacionadas con aspectos clave, pero no específicas sobre suicidio:

- ¿Cómo te has sentido últimamente?
- ¿Estás pasando por problemas o dificultades? (personales, sociales, familiares, escolares, etc.). ¿Piensas que la vida es demasiado complicada en este momento?
- ¿Cómo imaginas que van a ir las cosas en el futuro? ¿Qué planes tienes para el futuro?
- ¿Piensas que la vida no merece la pena?

Las preguntas sobre suicidio, si bien están incluidas en la Escala Columbia, conviene realizarlas en el contexto de esta entrevista natural y fluida.

Pueden realizarse preguntas como las siguientes:

- ¿Alguna vez has pensado en la muerte, en querer acabar con tu vida?
- ¿Has pensado en hacerte daño?
- ¿Desde cuándo tienes estos pensamientos?
- ¿Con qué frecuencia tienes estos pensamientos a lo largo del día?
- ¿Tienes un plan específico en mente?
- ¿Has intentado alguna vez acabar con tu vida?

10 CONSEJOS RÁPIDOS PARA UNA PERSONA EN RIESGO

Tómate un tiempo.
No decidas nada ahora.

1

No consideres una solución definitiva para un problema temporal o con una emoción transitoria. Aunque ahora no lo parezca, las cosas cambian y mejoran, y tu estado de ánimo, también.

2

No consumas alcohol o drogas.

3

Si estás en tratamiento, mantenlo en la misma forma en que te lo hayan prescrito. No lo abandones.

4

Aléjate de cualquier medio o lugar en el que te puedas hacer daño.

5

6

Busca compañía. Llama a alguno de los contactos de tu 'Plan de Seguridad'. Revisa también tus 'Razones para Vivir'.

7

Habla, no calles tus ideas.

8

Busca ayuda profesional para superarlas. Acude a un centro sanitario o llama al 024.

9

Haz caso a los tuyos.

10

Contacta con una asociación que comparta problemas semejantes, te ayudará a superarlos.

RECOMENDACIONES GENERALES PARA FAMILIARES TRAS DETECCIÓN DE RIESGO SUICIDA:

1. Tener disponibles teléfonos de emergencia o ayuda.
2. Limitar el acceso a medios letales.
3. No dejarlo/a solo/a: involucrar a familiares y amistades.
4. Mejorar las habilidades: preguntar y escuchar.
5. Autocuidado de la familia y el entorno.



Caso 4

Menor de 14 años, natural de La palma, huérfana de madre, sin hermanos. **Duelo complicado** tras fallecimiento de la misma, ha estado en centro de menores (un tiempo tras fallecimiento de la madre) hasta que el padre pudo responsabilizarse de ella. Actualmente convive con su padre. Ha terminado 3º de la ESO.

A.mqx.- Neurofibromatosis tipo 1, HTA secundaria, tumor cono medular compatible con neurinoma intramedular (vs astrocitoma), estable en seguimiento con RNM. Perdido seguimiento en neurología. Ingreso del 11/11/22 al 5/12/22 y del 9/12/22 al 13/12/22 en servicio de neuro por alt. de la marcha y otro ingreso el 24/7/2024 por crisis comicial.

En seguimiento por Salud Mental por psicología en USMIJ de zona por **clínica ansioso-depresivo** y autolesiones, estuvo en seguimiento por psiquiatría hace años (hasta 2019) y nueva valoración en marzo 2024, pero se derivó a psicología, sin tratamiento desde el año pasado.



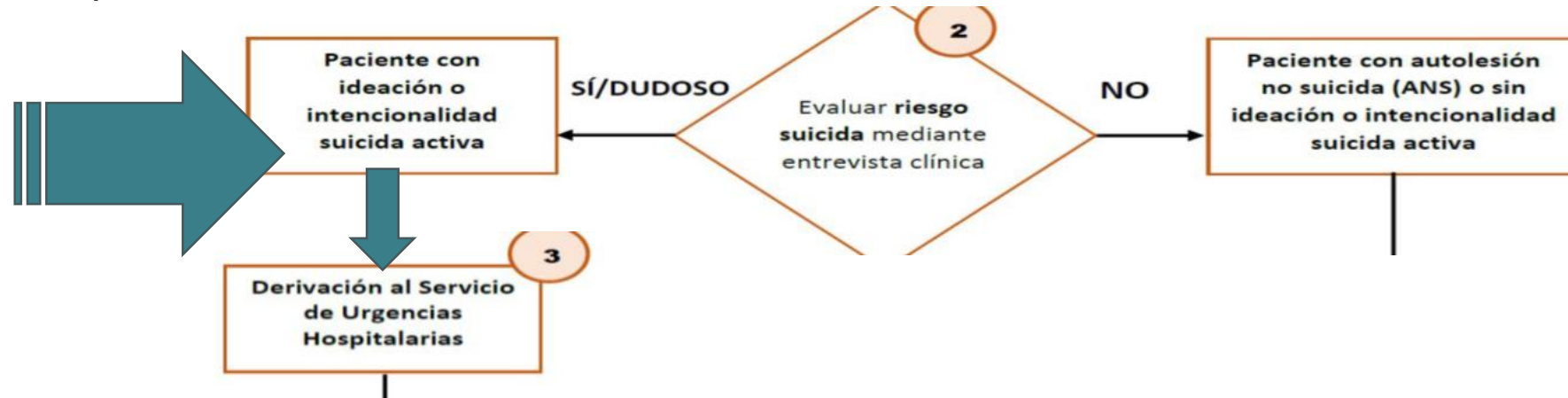
ENFERMEDAD ACTUAL:

La paciente ha acudido previamente a urgencias del hospital por ideas de muerte. Acude porque se despierta de madrugada muy ansiosa, con angustia, llanto incontinente, con ideación autolítica (presente desde hace años) pero con el pensamiento intrusivo de tomar pastillas para quitarse la vida (que lleva escondiendo hace semanas por si acaso), y temor a hacerlo. Por ese motivo despierta al padre, que intenta calmarla, pero no lo consigue por lo que la lleva a CS.

A pesar de intervención, darle red de apoyo y ansiolíticos, persiste ideación e intencionalidad suicida.



Hay intención y planificación



Caso 5

Paciente de 15 años, menor de edad que aporta informe de orientadora del IES donde relata menor en riesgo con gran absentismo al centro educativo con autolesiones para liberar tensiones y, en ocasiones ideas autolíticas. Ha estado en seguimiento por psicóloga privada que considera como dx de estrés postraumático con síntomas depresivos. Dada las autolesiones y su ansiedad solicito valoración por psiquiatría pediátrica por ser menor. Un saludo



Informe orientadora escolar: es una alumna con un alto nivel de absentismo, durante todo el curso se ha observado una gran desmotivación, apatía y tristeza de la menor, es una alumna educada y tranquila que no molesta en clase, pero muchas veces está como ausente. También se observa que se muestra cansada y dormida. La alumna ha comentado que tiene mucha dificultad para dormir y en casa le dan pastillas naturales para conciliar el sueño. En varias ocasiones le han dado mareos que refiere son por bajadas de tensión sin haber sido valorada para conocer la causa, cuando esto ocurre no quiere que se llame a casa para no preocupar a su familia. La alumna se muestra plana, no se observa una gama de expresiones facial variada, se muestra apagada y con un tono de voz monocorde y bajito.

Información remitida por la **psicóloga privada** que atiende a la alumna a la orientadora:

Tras valorar a V durante varias sesiones continuadas, la psicóloga coincide con la valoración realizada en el centro educativo, manifestando que las necesidades emocionales de la alumna deben ser atendidas de inmediato, deja constancia de la baja autoestima de la alumna, así como de su expresión emocional plana(..."no expresa emociones negativas usan cuando las lágrimas le salen a borbotones se mantiene inexpresiva verbal y gestualmente")Del mismo modo recoge que verbaliza angustia, deseos de escapar" que "se autolesiona para liberar tensión" y que "en el pasado ha tenido ideas suicidas“.

Conclusiones de la psicóloga..."necesidad que la niña acuda a Salud Mental para que sea correctamente diagnosticada, se baraja diagnóstico de estrés postraumático con sintomatología depresiva“.

Se deriva a USM dada la situación emocional, ante la manifestación de conductas auto lesivas y ante la valoración de la psicóloga privada de la existencia de un posible trastorno por estrés postraumático con sintomatología depresiva.



¿Qué

RECOMENDACIONES A PROFESIONALES PARA GESTIONAR EL RIESGO SUICIDA

ESCUCHAR

- Para entender.
- De manera proactiva.
- De forma empática y sensible.
- Garantizando la seguridad y la privacidad.
- Sin juzgar.
- Potenciando la alianza terapéutica.



EXPLORAR FACTORES INDIVIDUALES Y/O FAMILIARES O CONTEXTUALES

- De riesgo (intentos previos, comorbilidad, diagnóstico, historia de maltrato y/o abusos, suicidio en la familia...).
- Protectores (autoestima, red social de apoyo, habilidades personales, valores, creencias religiosas...).
- Precipitantes (abuso de sustancias, pérdidas, catástrofes, entorno suicida, conflictos familiares...).



ASEGURAR LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS

- Coordinación (e-consulta, canales rápidos de comunicación...).
- Derivación.



DOCUMENTAR



EVALUAR EL RIESGO

- Proceso dinámico.
- Pensamientos, intencionalidad, planificación y posible materialización del suicidio.
- Explorando la presencia de características comunes y trabajarlos:
 - **Desesperanza** (abatimiento sin recuperación).
 - **Ambivalencia** (luchar para vivir o morir para dejar de sufrir).
 - **Visión en túnel** (capacidad restringida para valorar opciones).
- Utilizando escalas (SAD PERSONS, MINI...).



FORTALECER LAS RAZONES PARA VIVIR

- Uso de inventario para vivir.
- Objetivos:
 - Aplazar la decisión.
 - Crear una vida con nuevos significados.
 - Anclar a la persona a sensaciones positivas con nuestro acompañamiento.



RECORDAR RECURSOS DISPONIBLES

- Dispositivos sanitarios.
- Teléfono de la esperanza (717 003 717).
- Emergencias (112).



CUIDARNOS PARA CUIDAR



PREGUNTAS TIPO TEST:

1. Respecto al suicidio en la adolescencia ¿cuál no es cierta?

- a) Los trastornos del humor en el joven, pueden predisponer al suicidio.
- b) Es importante el uso de técnicas por parte del profesional para abordar al joven.
- ~~c) No constituye un factor de riesgo una historia familiar de suicidio.~~
- d) Los problemas de orientación sexual en el joven pueden conducir al suicidio.
- e) Las opciones de tratamiento dependerán del riesgo.

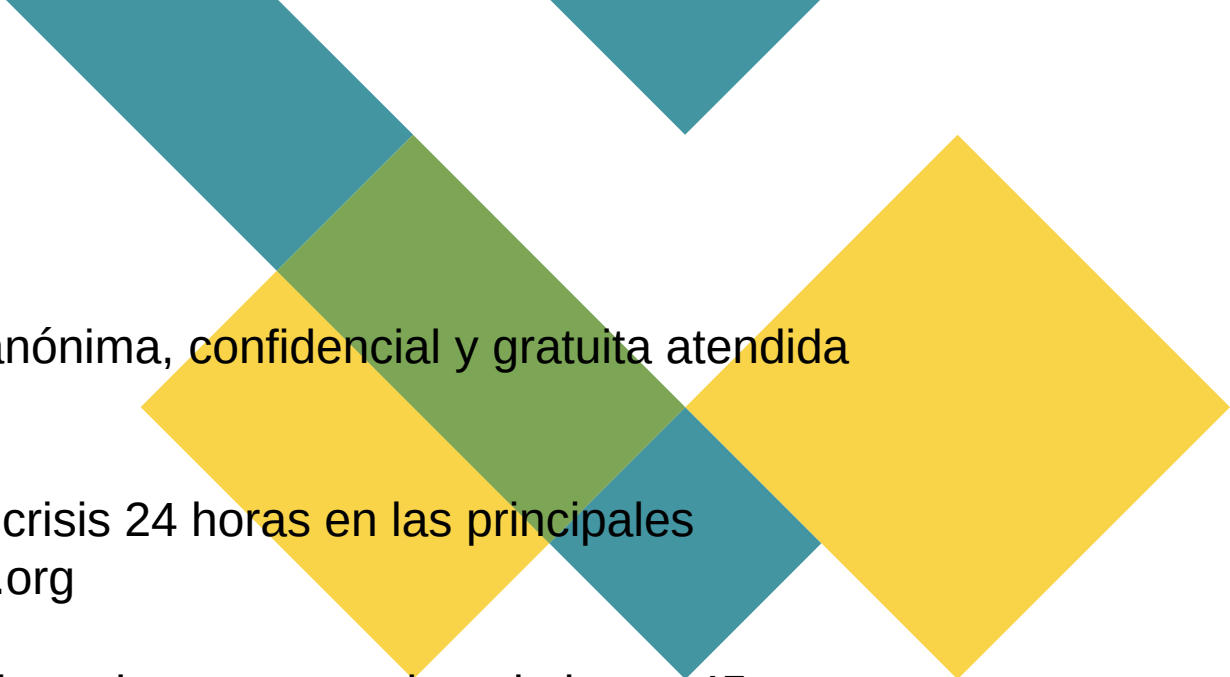
2. ¿Cuál de las siguientes es cierta respecto al suicidio?

- a) Es la 2ª causa mundial de defunción entre los 15-29 años. ✓
- b) En Europa la tasa de suicidio es inferior a la media mundial. ✗
- c) España (según el INE) es uno de los países con tasas más bajas. ✓
- d) Son ciertas a y c. →
- e) Todas son ciertas.

En Europa, la tasa de suicidio estimada es en cierta medida superior a la media mundial de 11,4 por 100 000 registrada en 2012.

Algunas de las acciones divulgativas que se desarrollan en el marco del programa 'Prevensuic. Hablar es prevenir' son:

1. www.prevensuic.org. Una web de divulgación de contenidos relacionados con la conducta suicida y su prevención (en la que estás ahora).
2. [Observatorio del Suicidio en España](#), que desde 2015 viene elaborando su informe anual en el que resume y divulga las estadísticas del INE relativas a las defunciones por suicidio.
3. [Guía práctica 'Prevensuic' de prevención del suicidio para profesionales sanitarios](#).
4. [Manual de prevención, intervención y postvención de la conducta suicida](#). Pensado como material de divulgación científica para profesionales, es referencia obligada en el ámbito hispanohablante.
5. [Guía de recomendaciones de información sobre conducta suicida para medios de comunicación](#). Conscientes de la importancia de la divulgación informativa sobre conducta suicida, el programa incluye una breve guía práctica para los medios de comunicación.



Teléfonos de atención Urgencias: 061 o 112

Servicio nacional de atención al suicidio: 024 (línea anónima, confidencial y gratuita atendida por personal especializado)

Teléfono de la Esperanza: 777 003 717 (atención de crisis 24 horas en las principales poblaciones españolas) www.telefonodelaesperanza.org

Asociación la Barandilla: 911 385 385 (psicólogos voluntarios con escuchas de hasta 45 minutos) www.labarandilla.org

Línea de ayuda a menores de la Fundación ANAR: 900 202 010 www.anar.org

Aplicaciones móviles Prevensuic: app para adolescentes y de apoyo a familiares. Descarga disponible en www.prevensuic.org



Gracias

Goretti Díaz Marrero

gdiamart@gobiernodecanarias.org

