

Declaración de potenciales conflictos de intereses

Suicidio en Adolescentes abordaje inicial desde la infancia

Relativas a esta presentación no existen las siguientes relaciones que podrían ser percibidas como potenciales conflictos de intereses:

NO HAY CONFLICTO DE INTERESES

Dra. Paz Robledo Hoecker
Chile

Suicidio en Adolescentes abordaje inicial desde la infancia

Dra. Paz Robledo Hoecker

Médica Pediatra

Unidad de Adolescencia Clínica Alemana de Santiago

Diplomada en Salud Integral del Adolescente

Diplomada en Gerencia Social y Políticas Públicas FLACSO

Magister © en Psicología del Adolescente

Presidenta Rama Adolescencia

Sociedad Chilena de Pediatría

XVI

CONGRESO
LATINOAMERICANO
DE PEDIATRÍA
ALAPE 2012

Cartagena

COLOMBIA

14 al 18 de Noviembre de 2012

CONTENIDOS

- Definiciones
- Magnitud del problema
- ¿Cómo abordar desde la infancia?
- Factores Generales Suicidio
- Factores protectores
- Factores precipitantes
- Factores de alto riesgo suicida
- Intento suicida, manejo
- Ideación suicida manejo





Ideación suicida

Pensamientos acerca de la voluntad de quitarse la vida, con o sin planificación o método

Sin suicidabilidad

Gesto suicida

Acción destructiva no letal que se considera un pedido de ayuda o una manipulación sin intenciones serias.

Conductas o actos que intencionalmente busca el ser humano para causarse daño hasta alcanzar la muerte no logrando la consumación de ésta.

Intento Suicida

Suicidabilidad

Suicidio Consumado

Término que una persona en forma voluntaria e intencional hace de su vida.
La característica preponderante es la fatalidad y la premeditación.



Magnitud del Problema

- Cada año se suicidan casi un millón de personas, lo que supone una tasa de mortalidad "global" de 16 por 100 000
- Una muerte cada 40 segundos.
- En los últimos 45 años las tasas de suicidio han **aumentado en un 60%** a nivel mundial.
- El suicidio es una de las tres primeras causas de defunción entre las personas de 15 a 44 años en algunos países
- El suicidio es la **segunda causa de muerte** en el grupo de 10 a 24 años
- Los intentos suicidas son hasta **20 veces más** frecuentes que los casos de suicidio consumado.

Fuente Organización Mundial de la Salud Consultado 12 de noviembre 2012

en http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/

Magnitud del Problema

- Tanto para los suicidios como para los intentos de suicidio existe un importante subregistro (J.Am. Acad Child Adolesc. Psychiatry 2001).
- Por cada muerte por suicidio existirían 7 muertos no notificados (Dolto 1997).
- Inadecuado entrenamiento de médicos atención primaria para pesquisar Ideación suicida (J.Am. Acad Child Adolesc. Psychiatry 2001)

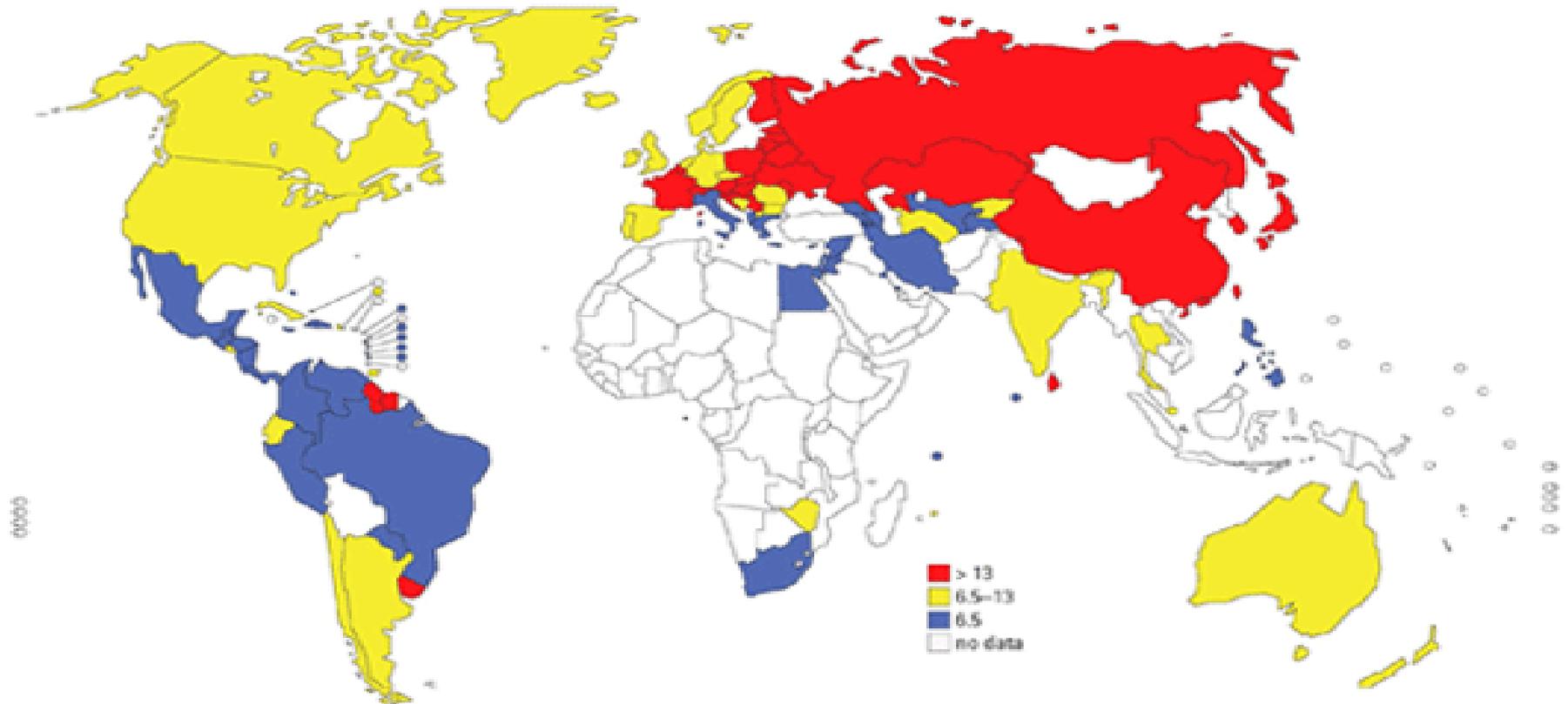
Magnitud del Problema

- A nivel mundial el suicidio supuso el 1,8% de la carga global de morbilidad en 1998, y que en 2020 representará el 2,4% en los países con economías de mercado y en los antiguos países socialistas.
- Las tasas entre los jóvenes han ido en aumento hasta el punto de que ahora estos son el grupo de mayor riesgo en un tercio de los países, tanto en el mundo desarrollado como en el mundo en desarrollo.

Mapa de las tasas de suicidio en el mundo (2011)



Map of suicide rates
(per 100 000; most recent year available as of 2011)



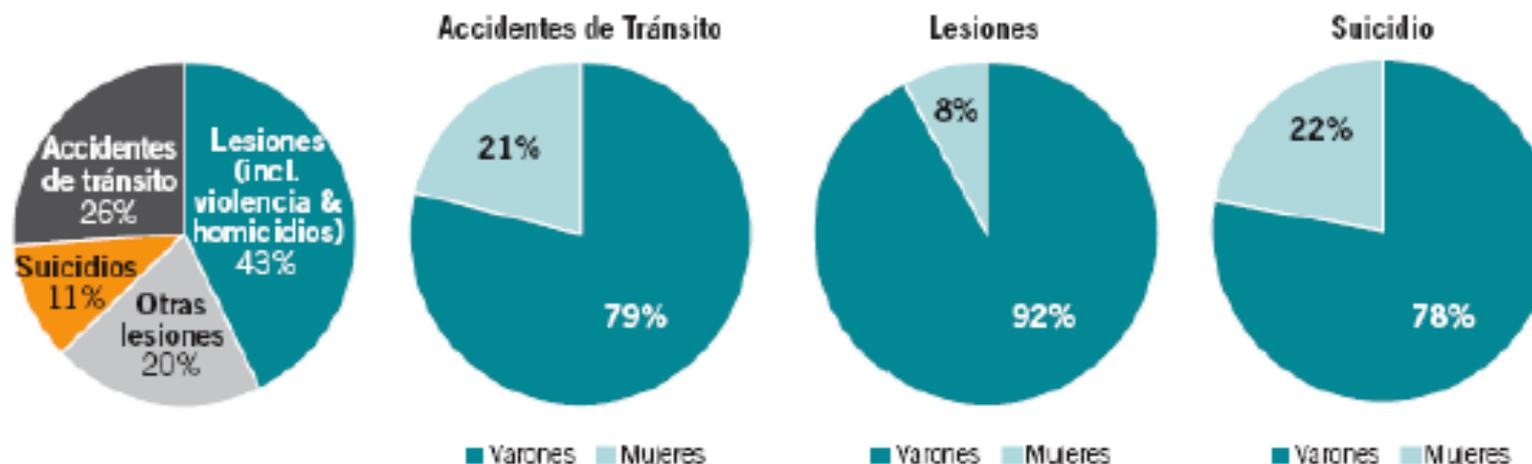
This designation employed and the presentation of material on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dashed lines represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

WHO/CDS, 2012

¿Causas de muerte en los jóvenes?

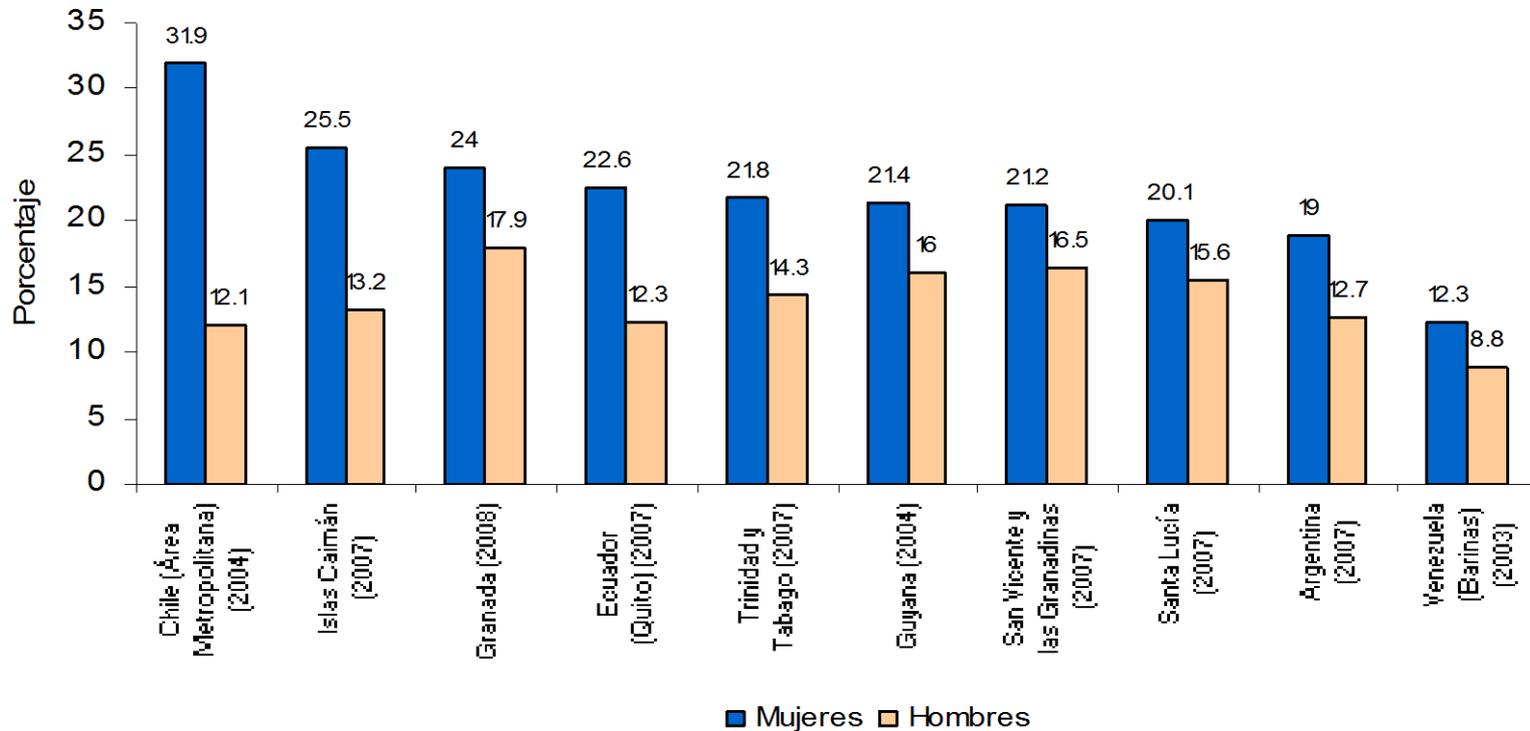
FIGURA 2

Principales causas de mortalidad en el grupo de 15–29 años, combinadas y desagregadas por sexo, Región de las Américas, 2004.



Fuente: Organización Mundial de la Salud. The Global Burden of Disease: 2004 Update. Ginebra; OMS; 2008. Se puede encontrar en: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/index.html. Consultado el 24 de mayo del 2010.

% de estudiantes entre 13-15 años que consideraron seriamente cometer un suicidio en los últimos 12 meses

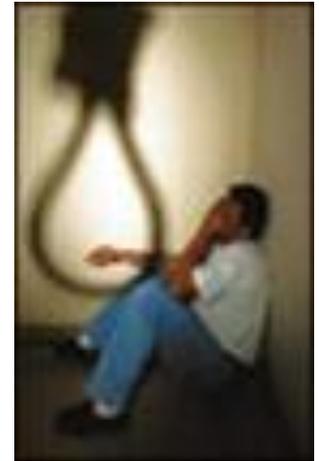


Fuente: Global School-based Student Health Survey

EPIDEMIOLOGIA



En cuanto a los **Métodos** para consumar el suicidio en Chile :



- El ahorcamiento es el más utilizado sobre el 70% de los casos.
- Las armas de fuego son el 10%.
- La Ingestión de sustancias entre un 8 y 9%.

Métodos consumación suicida



El método de suicida está relacionado con la disponibilidad de entorno:

- Suicidio mediante sustancias sólidas o líquidas (barbitúricos y otros psicofármacos).
- Suicidio mediante gases de uso doméstico (gas de balón, etcétera).
- Suicidio mediante otros gases y vapores (monóxido de carbono).
- Suicidio por estrangulación, ahorcamiento y sofocación (incluye sofocación por bolsa plástica).
- Suicidio por sumersión (ahogamiento).
- Suicidio por arma de fuego y explosivos (por arma de cañón corto, escopeta y fusil).
- Suicidio por instrumentos cortantes y punzantes (cuchillo, navaja, punzón, etcétera).
- Suicidio por precipitación (de lugares naturales o creados por el hombre).
- Suicidio por otros medios y los no identificados (quemadura, estrellamiento de vehículo, colocación o salto delante de objeto móvil y electrocución).
- Suicidio por efectos tardíos de lesiones autoinfligidas.



Hospital Padre Hurtado Chile

(Correa, Robledo, y Gonzalez, 2005)

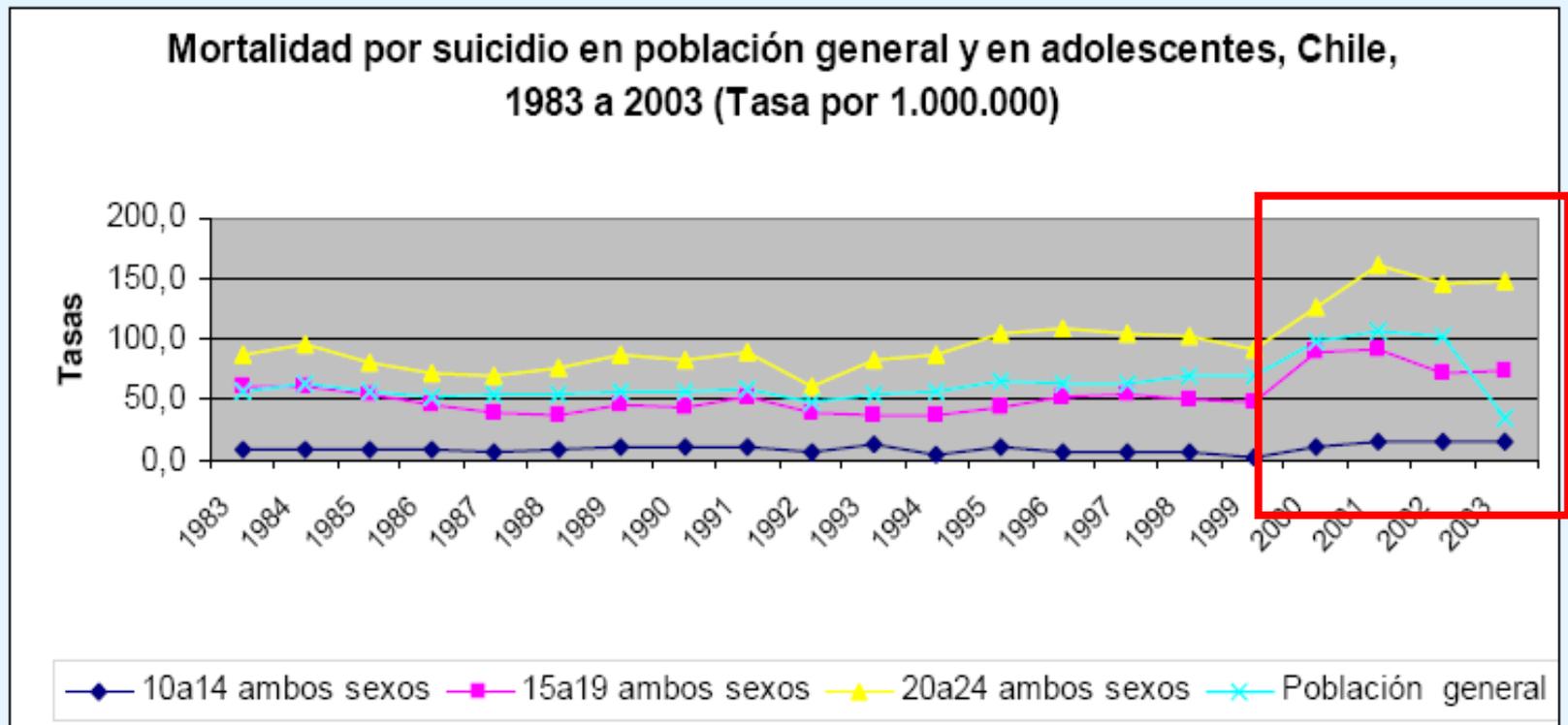
- Existe un alza sostenida de Intentos Suicidas que requieren hospitalización (SSMO: La Pintana, La Granja, San Ramón)

1999: **0,55%** a 2005:**1,78%**

- Ingresan el 38,5% de los intentos.
- Solo el 25% tiene seguimiento al alta



Mortalidad por suicidio en CHILE 1983-2003

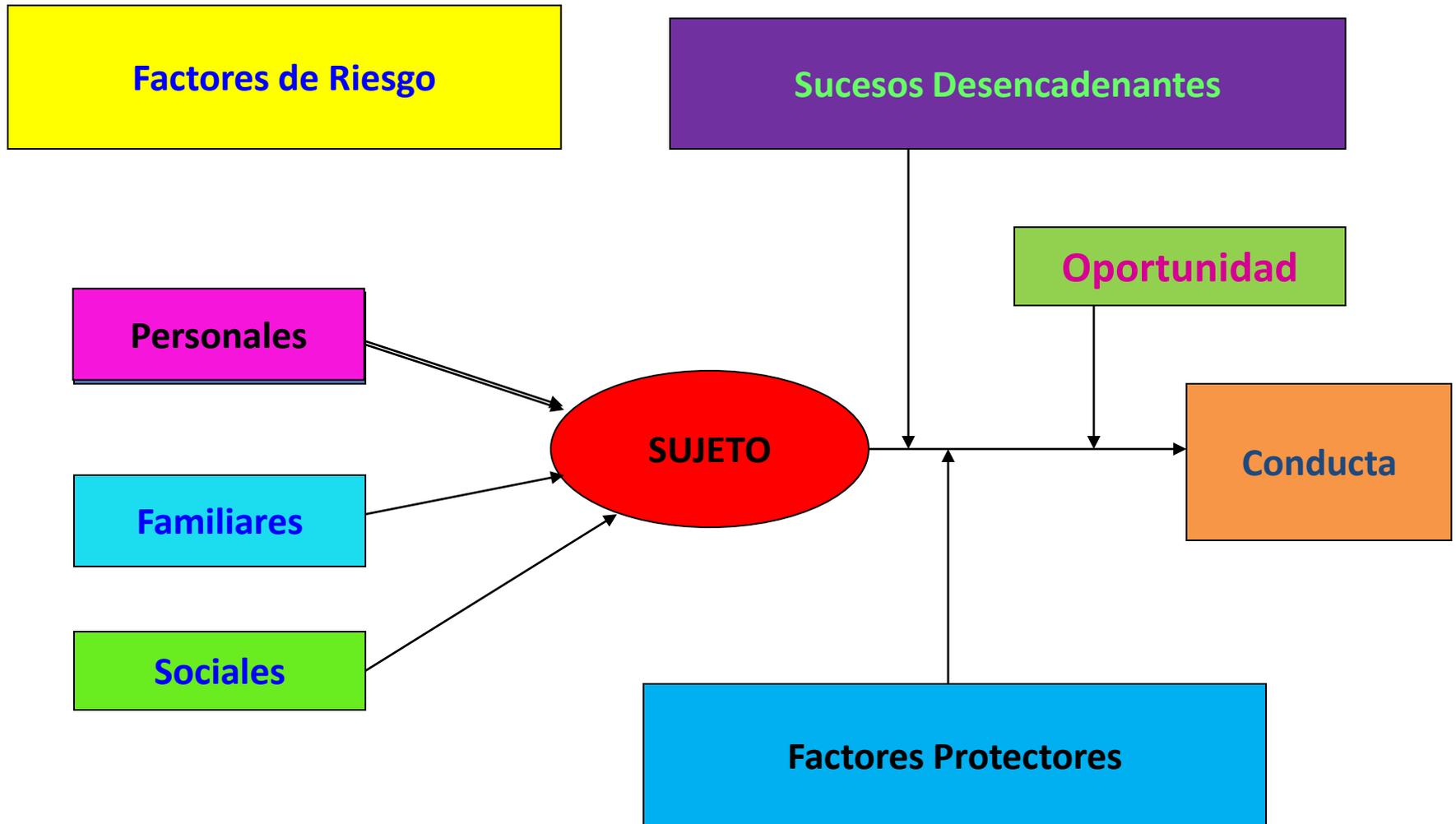


Fuente: Epidemiología del suicidio en adolescentes. María Inés Romero, En prensa.



¿Cómo prevenir el comportamiento suicida desde la niñez?





Características Psicológicas asociadas a Conducta Suicida

- Desesperanza
- Alta impulsividad
- Alto grado de violencia
- Pobre regulación de los afectos
- Dificultades en comunicar y pedir ayuda
- Falta en la resolución de los problemas

Factores de Riesgo Personales

- **Sexo masculino 3:1 adolescentes** (Reinherz, 1995, Minsal 1999)
- **Edad: Riesgo suicida aumenta con la edad** (Peterson 1996) > 15 a 19 años J. AACP 2001)
- **Antecedente de Maltrato Infantil y Abuso Sexual** (Hider, 1998)
- **Factores Hereditarios: desregulación sistema serotoninérgico** (Bell 1998, Pfeffer 1998, Ansel y Mann 2001)
- **Antecedente de Enfermedades Crónicas y/o Físicas:** (Bell, 1998)
- **Jóvenes institucionalizados (cárcel, hogar de menores)**

Factores de Riesgo Personales

- **Patologías Psiquiátricas :** (Kovacs 1993, Shaffer 1996, Stein 1998)
- **Conductas de Riesgo (Conductas antisociales, Arresto reciente y/o otros problemas con la justicia;** Woods,1997, Actv Sexual precoz, uso sustancias, Resnick et al 2001)
- **Ideación Suicida:** (Peterson,1996, Negron,1997)
- **Intento previo y Método utilizado:** (Kotila,1987).

Relación entre riesgo Suicidio y Salud Sexual en Adolescentes



- Embarazo precoz en adolescentes aumenta un 22% riesgo suicida (Trujillo A et Al, Rev Cubana Med Gen Integr 1999;15(4):372-7)
- Orientación homosexual masculina aumenta intentos suicidas a tres veces más que sus pares heterosexuales; suicidios consumados 2 veces más que heterosexuales (Frankowski B., Pediatrics 2004; 113:1827)
- Orientación homosexual femenina aumenta riesgo suicida; Intento de suicidio: 4.6 veces mayor en adolescentes lesbianas con riesgo de intento de suicidio a lo largo de la vida 1.82 veces mayor. (Meads C et Al, BMC Public Health 2007, 7; 251 y en King M., BMC Psychiatry 2008; 8:70)
- Notificación Test HIV (+) (Mravcak S., Am Fam Physician 2006;74:279)

Factores de Riesgo Familiares

- Psicopatología en los padres
- Pérdidas interpersonales
- Violencia intrafamiliar
- Pérdida o ausencia parental
- Antecedentes familiares de intento de suicidio o suicidio consumado
- Inestabilidad y desorganización familiar
- Mala comunicación entre padres e hijos



Factores de Riesgo Sociales

- **Contagio Suicida:** (Gould 2001)
- Disponibilidad de método (J. AACP 2001)
- **Soportes sociales ineficientes** (J. AACP 2001)
- **Creencias religiosas y culturales que no se oponen al suicidio** (J. AACP 2001)
- **Dificultades en la adaptación y mal rendimiento escolar.**



Espiritualidad y suicidio en adolescentes



Actúa como **factor protector** cuando:

- Valoración de la vida
- Creencia estimulante; trascendencia.
- Imagen de Dios (amante y contenedor).
- Propósito de vida y autoestima.
- Modelos para actuar ante stress y crisis.
- Recursos para lidiar con dificultades.
- Ofrecimiento de una jerarquía personal y social.
- Desaprobación “legal” al suicidio.
- Estimula la resiliencia.
- Da pertenencia a una comunidad contenedora.
- A través de la disminución de Factores de riesgo tales como: disminución en el abuso de alcohol y otras sustancias.

Fuente: Girad Gustavo, 2010

Espiritualidad y Suicidio en Adolescentes



Actúa como **factor de riesgo** cuando:

- Posicionamientos fundamentalistas
- La no inclusión por parte de la comunidad religiosa del “diferente”
- Sectas radicalizadas.
- Incentivo de sentimientos de culpa e indignidad.
- Creencia en alcanzar la paz en la trascendencia.
- Separación de las comunidades religiosas de aquellas personas que no se adapten a las mismas o no acepten los cánones y/o dogmas establecidos, incentivando la soledad y el aislamiento.

Factores Precipitantes

(Ulloa,1994; Beautrais,1997, J.Am. Acad Child Adolesc. Psychiatry 2001)

- Problemas de conducta y de rendimiento escolar
- Discusiones con familiares y amigos
- Maltrato físico y abuso sexual
- Conflictos interpersonales
- Conflictos con la justicia
- Exposición a conductas suicidas o suicidio de familiares o amigos
- Duelos (pérdida de pareja, fracaso escolar, pérdida de trabajo, muerte de un familiar o amigo, pérdida de alguna capacidad física por accidente o enfermedad).



Signos de Alarma

- **Falta de interés en las actividades cotidianas.**
- **Alteración del rendimiento académico.**
- **Comportamiento inadecuado.**
- **Ausencias inexplicadas.**
- **Fumar excesivamente, beber o uso de sustancias psicoactivas.**
- **Incidentes que conducen a violencia.**
- **Cambio en las conductas alimentarias.**
- **Descuido en la higiene y presentación personal.**
- **Aburrimiento constante.**
- **Dificultad de concentración.**
- **Alteración en el patrón de sueño.**
- **Frecuentes consultas por síntomas físicos.**
- **Manifestaciones de emociones contenidas.**
- **Regalar o tirar sus objetos favoritos.**
- **Situaciones de riesgo innecesarios.**
- **Avisos de planes o intentos de suicidarse.**



Factores Protectores

(Valdivia 2005)

- Ausencia de psicopatología psiquiátrica
- Bajos niveles de agresividad e impulsividad
- Mecanismos psicológicos eficientes
- Familias apoyadoras y contenedoras

Factores Protectores



Intento de suicidio en adolescentes

Borowski IW, Ireland M, Resnick M. Pediatrics. 2001; 107(3):485-493

- Vínculo parental
- Bienestar emocional
- Promedio de notas
- Vínculo escolar



Clasificación suicidio según su forma de presentación clínica



El suicidio también se puede clasificar según su forma clínica. Así tenemos:

- **Suicidio ampliado.** Es aquél en el que se arrastra a la muerte a otro que no desea morir. Por ejemplo: madre con una depresión nihilista que asesina a su hijo para evitarle "los sufrimientos que la vida conlleva".
- **Suicidio por desesperación.** Es el que ocurre en el marco de una situación con gran repercusión afectiva en sujetos con poca tolerancia a las frustraciones. Por ejemplo: fracaso amoroso y pérdida de un ser querido.
- **Suicidio por miedo.** Se trata de evitar una situación muy temida. Por ejemplo: pérdida de la virginidad en familias moralistas.
- **Suicidio por venganza o chantaje.** El suicida, con su muerte, pretende castigar a otros. Por ejemplo: persona histérica que frente a un conflicto se suicida dejando una nota que inculpa al amante.
- **Suicidio por sacrificio.** La muerte tiene una finalidad política, religiosa. Por ejemplo: El líder ortodoxo, *Eduardo Chibás*, se suicidó en un programa radial en que denunciaba la corrupción administrativa y política del régimen existente

¿Qué debemos hacer?





Intento Suicida

En caso de llegar a Servicio de Urgencia

- Estabilizar en caso de riesgo vital: ABC
- Explorar intencionalidad acto y persistencia ideación suicida
- Evaluar gravedad del intento
- Explorar factores de riesgo
- **SIEMPRE** se debe contactar a la familia y determinar la capacidad de manejo familiar
- **DEBE** ser evaluado por Psiquiatra antes del alta.

Criterios de Hospitalización:

(Shaffer, 1994)

- Todo paciente con **riesgo vital** producto del intento suicida quedará hospitalizado en Área de Cuidados Críticos : (ABC).
- **Género:** Se debe hospitalizar todo varón con intento o mujer con intento recurrente, o que considera seriamente quitarse la vida y carece de apoyo familiar.
- **Estado Mental:** Depresión moderada a severa con alta desesperanza, Psicosis y deseo profundo de muerte, determinado por especialista en Salud Mental.

Criterios de Hospitalización:

(Shaffer, 1994)

- **Naturaleza del intento:** Medidas violentas (ahorcamiento, salto al vacío, herida por arma de fuego, cortes profundos), intento serio por ingestión (antidepresivos, cáusticos, insecticidas)
- **Antecedentes individuales:** Intento de suicidio previo, impulsividad marcada
- **Antecedentes del hogar:** Familia disfuncional, ausencia de adulto responsable en el hogar, desinterés familiar por el joven

EVALUACION DEL INTENTO SUICIDIO

- La actitud abierta, empática e interesada con el entrevistado, es fundamental para lograr los objetivos.
- Se debe **evitar** la crítica de la conducta o buscar culpables en el relato de los padres y del adolescente.

EVALUACION DEL INTENTO SUICIDIO

Objetivos de la evaluación inicial:

- Identificar potenciales factores individuales, familiares o ambientales que pueden influir aumentando o aminorando las dificultades
- Determinar si existe el riesgo de un reintento a corto plazo, y si factor precipitante persiste
- Solicitar la interconsulta en calidad de urgente con Psiquiatra y/o para su hospitalización y tratamiento, facilitando la colaboración del grupo familiar.

Características que le otorgan gravedad al intento:

- No contactó ni notificó auxiliador potencial
- Planificación del intento suicidio
- Dejó nota suicida
- Buscaba la muerte
- Creyó que el intento lo mataría
- Letalidad del método
- El evento desencadenante persiste en forma intensa
- Está descontento de haberse recuperado
- Oculta información durante la entrevista para evitar la ayuda
- Ingirió alcohol o droga para ser capaz del intento



Examen Pacientes

- Evaluar apariencia, desarrollo global y específico
- Evaluar como responde a los estímulos
- Lenguaje
- Cognición
- Afectos
- Interacción social



Examen Pacientes

- Signos de enfermedad depresiva
- Signos de enfermedad orgánica que predisponen a la aparición de un cuadro depresivo (hipotiroidismo, hipercortisolismo, trastorno neurológico)
- Signos de enfermedad física crónica, cuya existencia puede desencadenar el cuadro
- Signos y síntomas autonómicos de manifestaciones ansiosas
- Signos de maltrato o abuso sexual reciente
- Signos de abuso de drogas
- Señales o marcas del método usado en el intento suicidio reciente
- Cicatrices o intentos previos

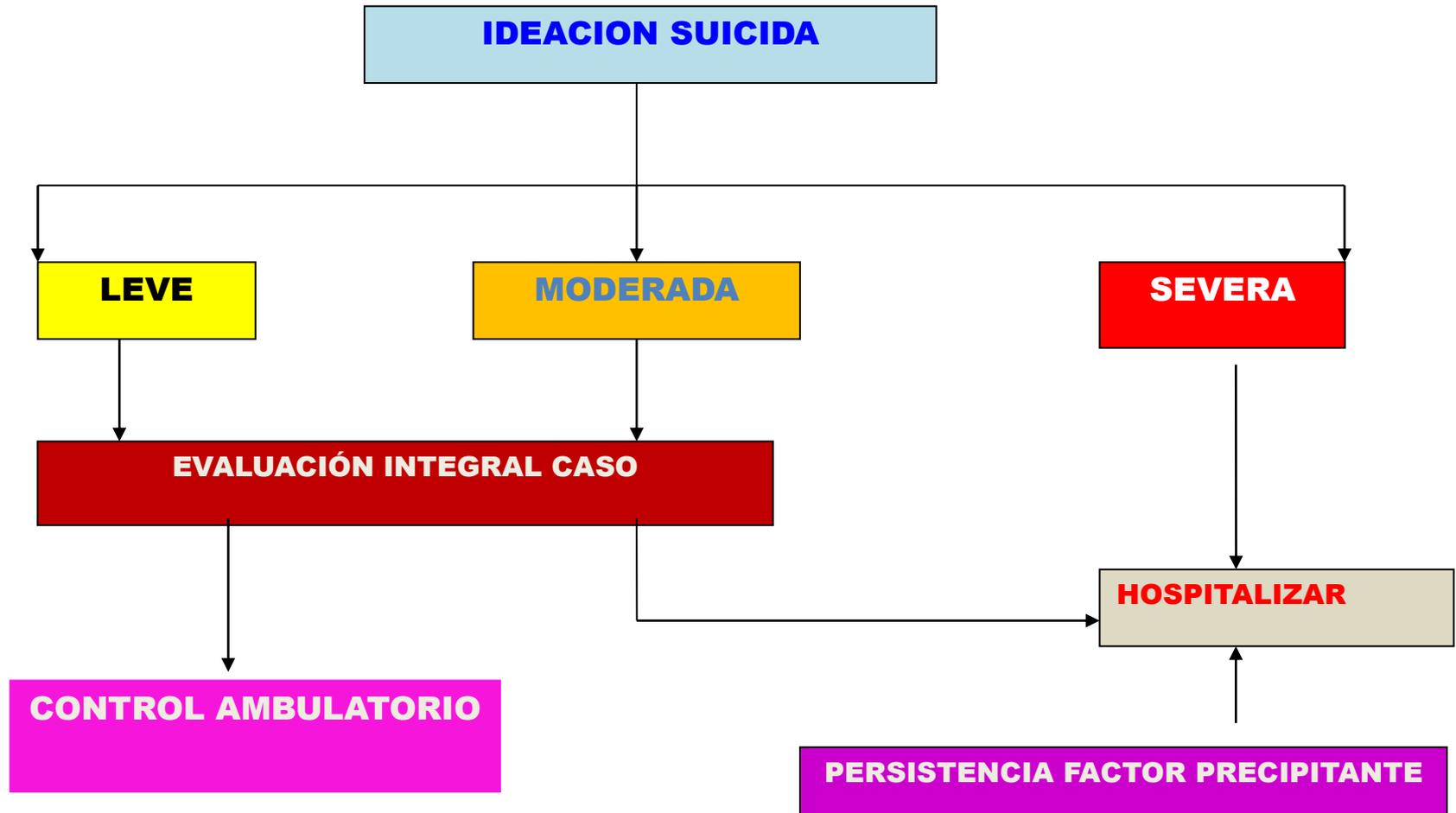


Ideación Suicida

Clasificación Ideaciones Suicidas

- **Leve:** sólo ganas de morir
- **Moderada:** ganas de morir con esbozo de planificación
- **Grave:** decisión de morir, con planificación exhaustiva para su concreción, con método.

Flujo grama Ideación Suicida



Manejo Ambulatorio

- Acoger al adolescente.
- Explicar al adolescente que dada la gravedad del hecho, no se podrá aplicar el principio de confidencialidad, como medida de protección de su propia vida.
- Contactar a la familia y evaluar la situación familiar. Jamás el adolescente deberá irse sin evaluar el compromiso familiar.

Manejo Ambulatorio

- Comprobar que exista en el hogar alguien que sea un soporte efectivo y afectivo (informado de los pasos a seguir en caso de urgencia), con sistema de vigilancia (no se quede solo).
- Entregar indicaciones específicas a la familia para eliminar o poner a resguardo todo objeto potencialmente letal, de manera de disminuir el riesgo de un nuevo intento y responsabilizar a la familia del cuidado del adolescente.

Manejo Ambulatorio

- En todo intento suicida se debe solicitar la evaluación por Psiquiatra en calidad de urgente, y debe ser este profesional quien decida la conducta a seguir con el(la) paciente, después de realizar examen mental y diagnóstico.

Manejo Ambulatorio

- Alertar al paciente y a la familia de los efectos desinhibitorios sobre la conducta, que tienen el alcohol y las drogas.
- **Todos los pacientes con intento suicidio que no son hospitalizados se deben ir con hora ya tomada al Equipo de Salud Mental a la brevedad y/o Programa de Salud Adolescente que funcionen en su red de salud.**

XVI

CONGRESO
LATINOAMERICANO
DE PEDIATRÍA
ALAPE 2012

Cartagena
COLOMBIA

14 al 18 de Noviembre de 2012



¿Preguntas?

