

SUICIDIO MITOS Y REALIDADES QUE NECESITAMOS CONOCER

DRA. LIZETH CATERINE CASTILLO CASTRO
MEDICO PSIQUIATRA
EGRESADA DE LA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
MERIDA-VENEZUELA

HISTORIA

ANTIGUA GRECIA

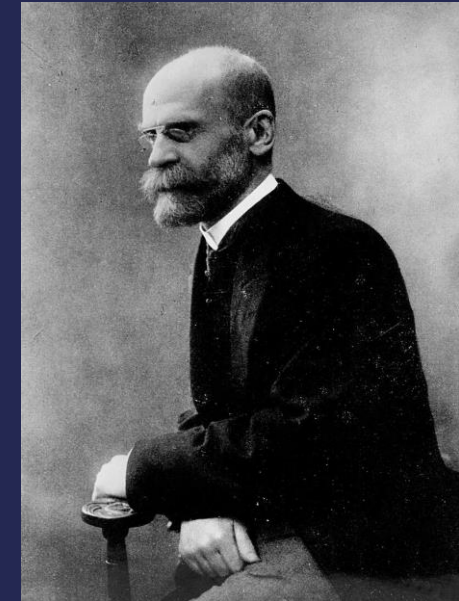
Platón, quien afirmaba que, sin importar los motivos que llevan al suicidio, todo aquel que lo cometía no merece ningún respeto.

Séneca sostenía que el suicidio es un acto de libertad al que se puede recurrir si se presentan muchas molestias o dolores.

LA EDAD MEDIA

con el surgimiento del cristianismo, el suicidio paso a verse como un acto en contra de la voluntad divina.

En el siglo XVII las personas con antecedentes de suicidios eran encarceladas y tratadas como delincuentes



El sociólogo Durkheim

1897 Su influyente monografía “EL SUICIDIO” concibe el suicidio como un acto individual, pero de índole socia.

EPIDEMIOLOGÍA DEL SUICIDIO

- Se trata de un grave problema de salud pública, No es un hecho aislado.
- Cada año, más de 720 000 personas fallecen por suicidio.
- El suicidio es la tercera causa de defunción entre las personas de 15 a 29 años.
- El 73% de los suicidios ocurren en países de ingresos bajos y medianos.
- Múltiples causas, ya que incluyen factores sociales, culturales, biológicos, psicológicos y ambientales presentes a lo largo de la vida.
- Por cada suicidio, muchas más personas intentan suicidarse. En la población general, un intento previo es un importante factor de riesgo de suicidio.

SUICIDIO



*Desde el 2003 la Organización Mundial de la Salud, estableció el 10 de septiembre como **Día Mundial para la Prevención del Suicidio**, con el fin de fomentar compromisos y medidas prácticas para prevenirlo a nivel mundial.*

En el mundo

Por cada
20 intentos de
suicidio
una persona lo logra



Diariamente se suicidan
3.000 personas

Definiciones de términos utilizados en el suicidio

Suicidio

- Muerte producida por uno mismo con la intención precisa de poner fin a la propia vida.

Ideación suicida

- Pensamiento sobre terminar con la vida. Puede ser activa (plan) o pasiva

Comportamiento suicida

- Medidas concretas para cumplir el deseo de terminar con la propia vida (CIE-11).

Definiciones de términos sobre el suicidio

Intento de suicidio

- Comportamiento autolesivo, no mortal, con intención inferida o real de morir (intención de matarse)

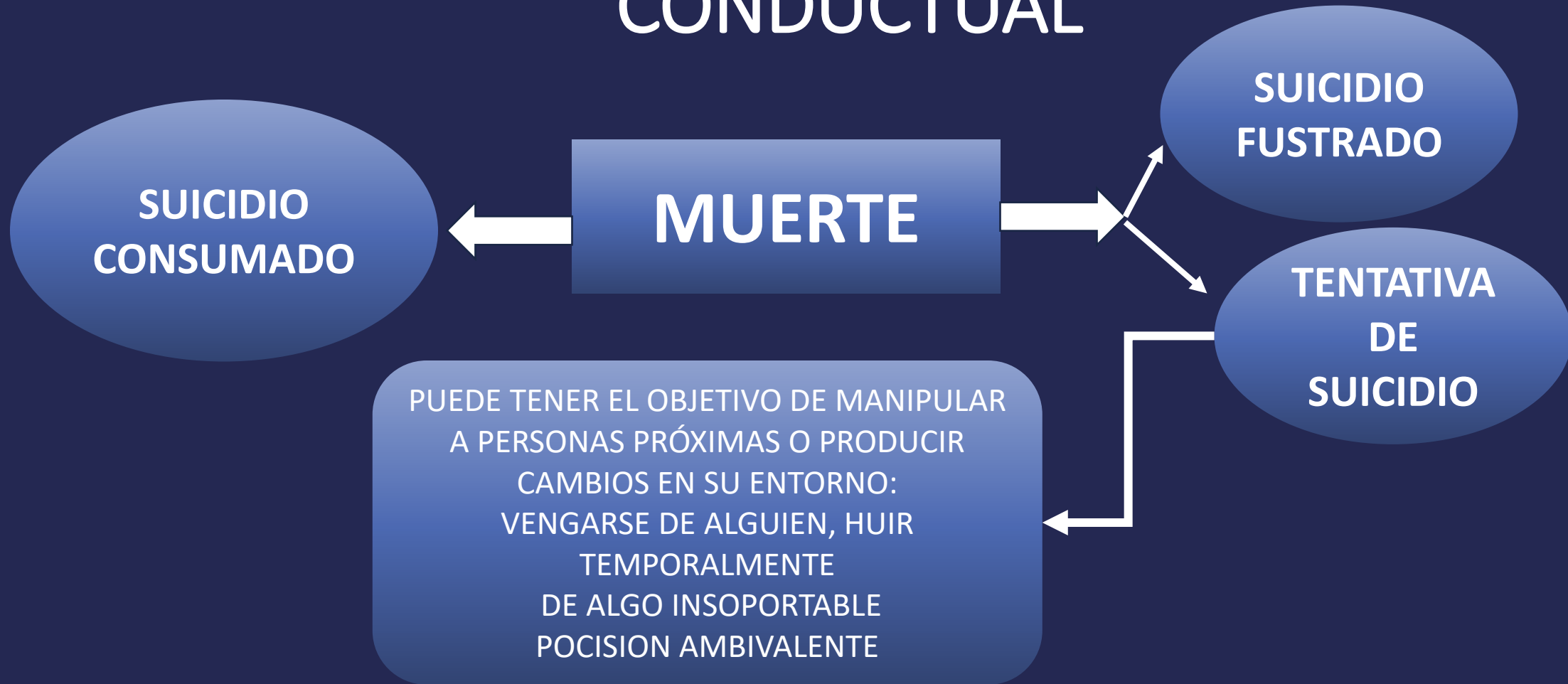
Autolesión

- Comportamientos autolesivos con o sin intención de morir.

Autolesiones no suicidas

- Comportamientos autolesivos sin intención de morir

VARIANTES DE LA CONDUCTA SUICIDA A NIVEL CONDUCTUAL



**IDEACIÓN
SUICIDA**

**AMENAZA
SUICIDA
(GESTO)**

**INTENTO
DE
SUICIDIO**

SUICIDIO



CONTINUO



FACTORES DE RIESGO SOCIODEMOGRAFICOS

FACTOR	ALTO RIESGO	BAJO RIESGO
SEXO	Hombre	Mujer
EDAD	Mayor de 46 años	Menor de 46 años
ESTADO CIVIL	Soltero, separado, viudo	Con pareja
LIFE EVENS	Una semana antes	Más de una semana
SOCIAL	Ausencia de apoyo familiar y social	Buena integración familiar y social
BIOGRÁFICO	Rupturas de vínculos y crisis evolutivas	
VIVENCIA SUICIDA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tentativas anteriores ▪ Suicidio frustrado ▪ Existencia de un plan suicida 	
PSICOPATOLÓGICO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Depresión ▪ Alcoholismo ▪ Psicosis ▪ Enfermedad incurable 	



FACTORES PROTECTORES

FACTORES DE PROTECCIÓN PERSONAL.

- Flexibilidad cognitiva.
- Habilidades en la comunicación.
- Hábitos saludable.
- Creencias religiosas

FACTORES DE PROTECCIÓN SOCIAL O MEDIOAMBIENTAL

- Red social de apoyo
- Inclusión social.
- En personas con problemas de salud mental previos, tener un tratamiento permanente y a largo plazo.

FACTORES DE PROTECCIÓN FAMILIAR

- Bueno soporte familiar.
- Tener hijos u otras personas dependientes.

“LA FORMA EN QUE LOS MEDIOS
INFORMAN ACERCA DE CASOS DE
SUICIDIO PUEDE INFLUIR EN
OTROS SUICIDIOS”

El efecto Werther toma su nombre de la novela Las penas del joven Werther de Johann Wolfgang von Goethe, publicada en 1774. En la novela, el protagonista sufre por amor hasta tal punto que acaba por quitarse la vida. Fue una novela muy popular entre los jóvenes de la época, muchos de ellos llegaron incluso a suicidarse de formas que parecían imitar la del protagonista



EL TÉRMINO “EFECTO WERTHER” HACE REFERENCIA AL PROCESO DE IMITACIÓN EN LOS SUICIDIOS.

¿CÓMO PREGUNTAR?

- ¿Se siente infeliz o desvalido?
- ¿Se siente desesperado?
- ¿Se siente incapaz de enfrentarse a la vida diaria?
- ¿Siente la vida como una carga?
- ¿Siente que la vida no merece la pena vivirse?
- ¿Siente deseos de cometer suicidio?

¿CUÁNDO PREGUNTAR?

- Después de que se ha establecido una empatía y la persona se siente comprendida.
- Cuando el paciente se siente cómodo expresando sus sentimientos.
- Cuando el paciente está en el proceso de expresar sentimientos negativos de soledad o de impotencia.

¿QUÉ PREGUNTAR?

Para descubrir la existencia de un plan suicida:

- ¿Alguna vez ha realizado planes para acabar con su vida?
- ¿Tiene alguna idea de cómo lo haría? Para indagar sobre el posible método utilizado: ¿Tiene pastillas, algún arma, algún objeto peligroso o algo similar?
- Para obtener información acerca de si la persona se ha fijado una meta: ¿Ha decidido cuándo va a llevar a cabo el plan de acabar con su vida?
- ¿Cuándo lo va a hacer?

MITOS ACERCA SOBRE EL SUICIDIO Y LA IMPORTANCIA DE CONOCERLOS

Los mitos son criterios culturalmente aceptados y arraigados en la población que no reflejan la veracidad científica, pues se trata de juicios de valor erróneos con respecto a la conducta suicida

MITO	CRITERIO CIENTIFICO
El que se quiere matar no lo dice	De cada diez personas que se suicidan, nueve de ellas manifestaron claramente sus propósitos y la otra dejó entrever sus intenciones de acabar con su vida.
El que lo dice no lo hace	Todo el que se suicida expresó lo que ocurriría con palabras, amenazas, gestos o cambios de conducta.
“Hablar de suicidio incita a las personas a consumarlo”	hablar sobre el suicidio con una persona en riesgo, en vez de incitar, provocar o introducir en su cabeza esa idea, reduce el peligro de cometerlo y puede ser la única oportunidad que ofrezca para el análisis de sus propósitos autodestructivos
“Si alguien quiere suicidarse realmente no hay nada que hacer”	La persona que quiere suicidarse no quiere morir sino aliviar un intenso sufrimiento. La desesperanza provoca una visión en túnel. Los estados de ánimo son transitorios.

MITO	CRITERIO CIENTIFICO
El que se suicida es un/a cobarde/ valiente”	El suicidio no tiene nada que ver con la cobardía o la valentía sino con el sufrimiento y la desesperanza.
Si de verdad se hubiera querido matar, se hubiera tirado delante de un tren	Todo suicida se encuentra en una situación ambivalente, es decir, con deseos de morir y de vivir.
el sujeto que se repone de una crisis suicida no corre peligro alguno de recaer.	Durante los 90 días posteriores, tras una tentativa, el riesgo de suicidio sigue siendo elevado incluso tras un alta hospitalaria.
todo el que se suicida está deprimido.	aunque toda persona deprimida tienen posibilidades de realizar un intento de suicidio o un suicidio, no todos los que lo hacen presentan este desajuste.
todo el que se suicida es un enfermo mental	los enfermos mentales se suicidan con mayor frecuencia que la población en general, pero no necesariamente hay que padecer un trastorno mental para hacerlo.

MITOS	EVIDENCIA CIENTIFICA
el suicidio no puede ser prevenido, pues ocurre por impulso.	antes de intentar suicidarse, toda persona evidencia varios síntomas que se han definido como síndrome presuicida, consistentes en constricción de los sentimientos y el intelecto, inhibición de la agresividad
“Los medios de comunicación no deben hablar del suicidio para evitar ‘el efecto llamada’”	La publicación de información de manera adecuada y responsable, por parte de los medios, es fundamental y puede ayudar a prevenir el suicidio (Efecto Papageno).
El suicida desea morir	el suicida está en una posición ambivalente, es decir, desea morir si su vida continúa de la misma manera y desea vivir si se produjeran pequeños cambios en ella.
sólo los psiquiatras pueden prevenir el suicidio.	es cierto que los psiquiatras son profesionales experimentados en la detección del riesgo de suicidio y su manejo, pero no son los únicos que pueden prevenirlo.

GUÍA DE INTERVENCIÓN MHGAP

DISEÑADA PARA
SUPERAR LAS
BRECHAS EN SALUD

ELABORADA A TRAVÉS
DE UN INTENSO
PROCESO DE REVISIÓN
DE LA EVIDENCIA
CIENTÍFICA.

VA DIRIGIDO A
PERSONA
SANITARIO NO
ESPECIALIZADO EN
SALUD MENTAL

A. PRINCIPIOS GENERALES

I. Use habilidades de comunicación eficaces

El uso de habilidades de comunicación eficaces permite a los prestadores de salud brindar atención de buena calidad a adultos, adolescentes y niños con trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias (MNS). Tenga en cuenta los siguientes consejos y habilidades básicas de comunicación.

CONSEJO PARA LA COMUNICACIÓN N° 1 Cree un ambiente que facilite la comunicación abierta

- » Reúnase con la persona en un lugar privado, si fuera posible.
- » Muéstrese cordial y realice las presentaciones de una manera culturalmente apropiada.
- » Mantenga el contacto visual y muestre un lenguaje corporal y expresiones faciales que faciliten la confianza.
- » Explique que la información abordada durante la visita se mantendrá confidencial y no se intercambiará sin autorización previa.
- » Si los cuidadores están presentes, sugiera que desea hablar con la persona a solas (salvo que se trate de niños pequeños) y obtenga su consentimiento para compartir la información clínica.
- » Cuando entreviste a una mujer joven, considere la posibilidad de que esté presente otra funcionaria o una cuidadora.

CONSEJO PARA LA COMUNICACIÓN N° 2 Haga participar a la persona

- » Haga participar a la persona (y con su consentimiento, a sus cuidadores y su familia) en todos los aspectos de la evaluación y el manejo tanto como sea posible. Esto incluye a niños, adolescentes y adultos mayores.

CONSEJO PARA LA COMUNICACIÓN N° 3 Comience por escuchar

- » Escuche activamente. Muéstrese comprensivo y sensible.
- » Permitale a la persona hablar sin interrupción.
- » Si los antecedentes son poco claros, sea paciente y pida una aclaración.
- » Con los niños, use un lenguaje que puedan comprender. Por ejemplo, pregunte acerca de sus intereses (juguetes, amigos, la escuela, etc.).
- » Con los adolescentes, transmita que usted comprende sus sentimientos y su situación.

CONSEJO PARA LA COMUNICACIÓN N° 4 Sea amistoso y respetuoso en todo momento y no juzgue a la persona

- » Siempre sea respetuoso.
- » No juzgue a las personas por sus comportamientos y apariencia.

- » Manténgase tranquilo y paciente.

CONSEJO PARA LA COMUNICACIÓN N° 5 Use buenas aptitudes verbales de comunicación

- » Use un lenguaje sencillo. Sea claro y conciso.
- » Use preguntas de interpretación abierta, sintetice y esclarezca los comentarios que usted haga.
- » Resuma y repita los puntos clave.
- » Permita que la persona haga preguntas acerca de la información suministrada.

CONSEJO PARA LA COMUNICACIÓN N° 6 Responda con sensibilidad cuando las personas revelen experiencias difíciles (por ejemplo, acerca de agresión sexual, violencia o lesiones autoinfligidas)

- » Muestre una sensibilidad mayor con los temas difíciles.
- » Recuerde a la persona que lo que le dicen a usted se mantendrá confidencial.
- » Reconozca que puede haber sido difícil para la persona revelar la información.

II. Promueva el respeto y la dignidad

Las personas con trastornos MNS deben ser tratadas con respeto y dignidad, y de una manera culturalmente apropiada.

Como prestador de atención de salud, haga todo lo posible por respetar y promover la voluntad y la preferencia de las personas con trastornos MNS, y apoye y haga participar a esas personas y a sus cuidadores de la manera más inclusiva. Las personas con trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias a menudo son más vulnerables a sufrir violaciones de los derechos humanos. Por consiguiente, es esencial que en el entorno de atención de salud, los prestadores promuevan los derechos de las personas con esos trastornos de acuerdo con las normas internacionales sobre derechos humanos, incluida la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas.*

* Para más información sobre la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad puede consultar: <http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>

LO QUE DEBE HACER

- » Trate a las personas con trastornos MNS con respeto y dignidad
- » Proteja la confidencialidad de las personas con trastornos MNS.
- » Garantice la privacidad en el entorno clínico.
- » Brinde siempre acceso a la información y explique los riesgos y los beneficios del tratamiento propuesto, por escrito si fuera posible.
- » Asegúrese de que la persona otorgue su consentimiento al tratamiento.
- » Promueva la autonomía y la vida independiente en la comunidad.
- » Dé a las personas con trastornos MNS acceso a opciones para tomar decisiones fundadas.

LO QUE NO DEBE HACER

- » No discrimine a las personas con trastornos MNS.
- » No pase por alto las prioridades o los deseos de las personas con trastornos MNS.
- » No tome decisiones acerca, en nombre, o en vez de la persona con trastornos MNS.
- » No use un lenguaje excesivamente técnico al explicar el tratamiento propuesto.

SUI » Panorama breve



EVALUACIÓN

- » Indague si la persona ha intentado un acto médicamente grave de autolesión.
- » Evalúe si existe un riesgo inminente de autolesión/suicidio.
- » Investigue si está presente alguno de los trastornos MNS prioritarios.
- » Determine si hay dolor crónico.
- » Evalúe la gravedad de los síntomas emocionales.



MANEJO

- » **Protocolos de manejo**
 1. Acto médicamente grave de autolesión
 2. Riesgo inminente de autolesión/suicidio
 3. Riesgo de autolesión/suicidio
- » **Tratamiento general e intervenciones psicosociales**



SEGUIMIENTO

EVALÚE LA POSIBILIDAD DE AUTOLESIÓN/SUICIDIO SI LA PERSONA PRESENTA ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SIGNOS Y SÍNTOMAS:

- *Desesperanza y desesperación extremas, pensamientos/planes/actos del presente o pasados de autolesión o suicidio, actos de autolesión con signos de envenenamiento o intoxicación, hemorragia por heridas autoinfligidas, pérdida del conocimiento o letargo extremo*
- *Alguno de los trastornos MNS prioritarios, dolor crónico o alteraciones emocionales graves*





SUI 2 » Manejo

PROTOCOLO

1

Acto médicamente grave de autolesión

- » **En todos los casos:** Coloque a la persona en un entorno seguro y propicio en un establecimiento de salud.
- » ❌ NO deje sola a la persona.
- » Trate médicamente la lesión o la intoxicación. Si hay intoxicación aguda con plaguicidas, siga las indicaciones de la sección "Tratamiento de la intoxicación con plaguicidas". (2.1)
- » Si se requiere hospitalización, continúe monitoreando estrechamente a la persona para prevenir el suicidio.
- » Cuide a la persona con autolesión. (2.2)
- » Ofrezca y active el apoyo psicosocial. (2.3)
- » Ofrezcales apoyo a los cuidadores. (2.4)
- » Consulte a un especialista en salud mental, si es factible.
- » Mantenga contacto regular y **seguimiento** periódico.

PROTOCOLO

2

Riesgo inminente de autolesión/suicidio

- » Elimine los medios de autolesión/suicidio.
- » Cree un entorno seguro y propicio; si es posible, ofrezca un área tranquila y separada para esperar el tratamiento.
- » ❌ NO deje sola a la persona.
- » Supervise y asigne a un miembro del personal o a un familiar para garantizar la seguridad de la persona en todo momento.
- » Atienda el estado mental y la alteración emocional.
- » Proporcione psicoeducación a la persona y a sus cuidadores. (2.5)
- » Ofrezca y active el apoyo psicosocial. (2.3)
- » Ofrezcales apoyo a los cuidadores. (2.4)
- » Consulte a un especialista en salud mental, si es factible.
- » Mantenga contacto regular y **seguimiento** periódico.

PROTOCOLO

3

Riesgo de autolesión/suicidio

- » Ofrezca y active el apoyo psicosocial. (2.3)
- » Consulte a un especialista en salud mental, si es factible.
- » Mantenga contacto regular y **seguimiento** periódico.

2

¿Existe riesgo inminente de autolesión/suicidio?

Pregunte a la persona y a sus cuidadores si observan ALGUNO de los siguientes síntomas:

- **Pensamientos** o plan de autolesión/suicidio en la actualidad
- Antecedentes de pensamientos o de un plan de autolesión en el último mes, o de un acto de autolesión en el último año, **en una persona que ahora está extremadamente agitada, violenta, afligida, o no se comunica**

NO

SÍ

ES PROBABLE QUE HAYA UN RIESGO INMINENTE DE AUTOALESIÓN/SUICIDIO

» Vaya al **PROTOCOLO 2**, trate a la persona y luego prosiga al **PASO 3**

¿Existen antecedentes de pensamientos o de un plan de autolesión en el último mes o de un acto de autolesión en el último año?

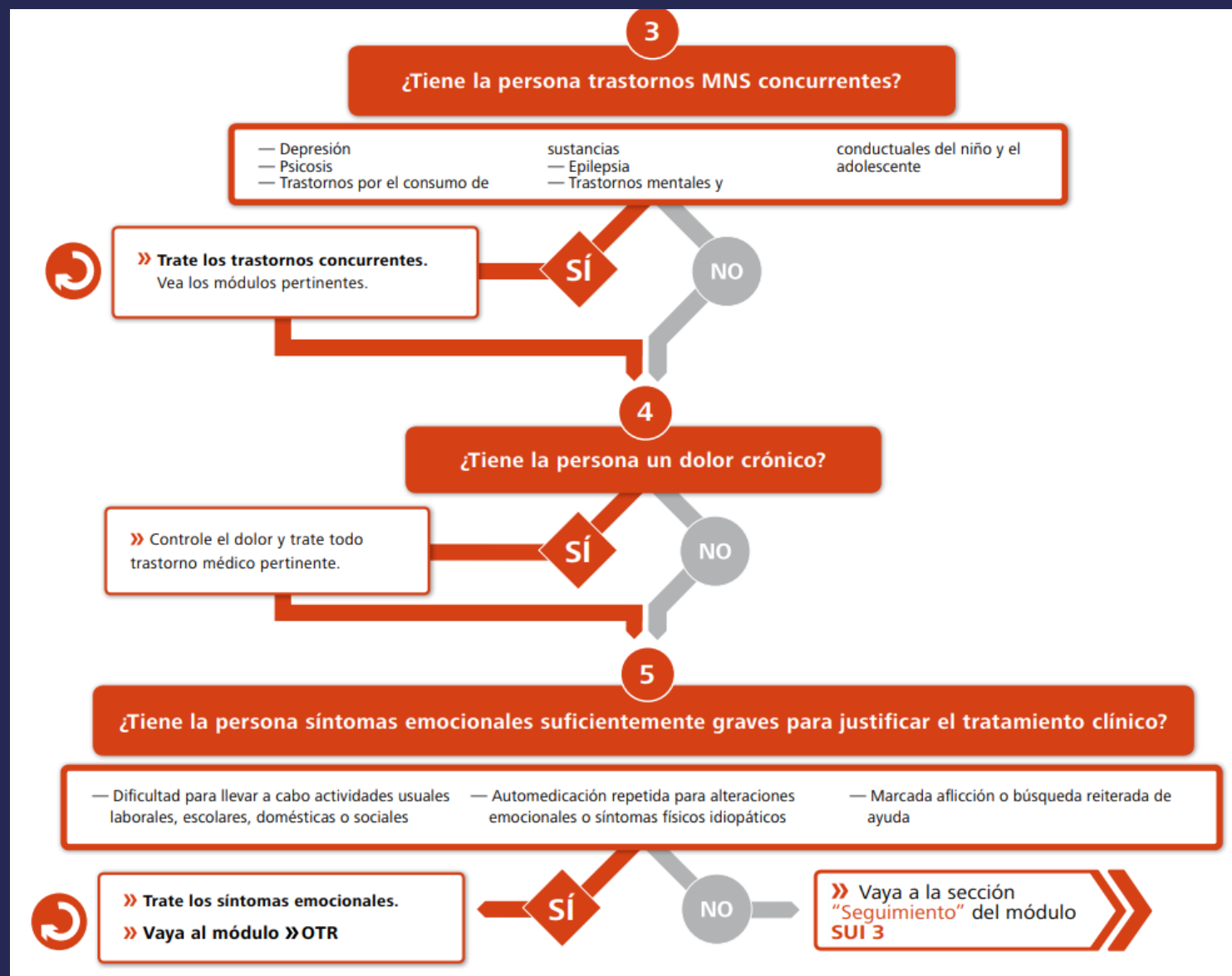
NO

SÍ

Es improbable que haya un riesgo inminente de autolesión/suicidio, pero todavía puede persistir el riesgo.

» Vaya al **PROTOCOLO 3**, trate a la persona y luego prosiga al **PASO 3**

Es improbable que haya un riesgo de autolesión/suicidio



CONCLUSIONES

- LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO REQUIERE DE PSICOEDUCACIÓN, APOYO EMOCIONAL Y UNA ATENCIÓN TEMPRANA POR PARTE DE UN PROFESIONAL.
- DEBEMOS DESMENTIR MITOS COMO HABLAR ACERCA DEL SUICIDIO AUMENTA EL RIESGO, NO SI SE REALIZA DE MANERA RESPONSABLE AL CONTRARIO ABRE ESPACIO DE APOYO.
- LA MAYORÍA DE PERSONAS QUE PIENSAN EN SUICIDARSE MUESTRAN SEÑALES DE ALERTA.
- LOS MITOS PUEDEN IMPEDIR UNA INTERVENCIÓN TEMPRANA.

TU VIDA IMPORTA, NO TIENES QUE
CARGAR CON TODO EL PESO SOLO/A.
ESTAMOS AQUÍ PARA ESCUCHARTE SIN
JUICIOS, HABLEMOS.