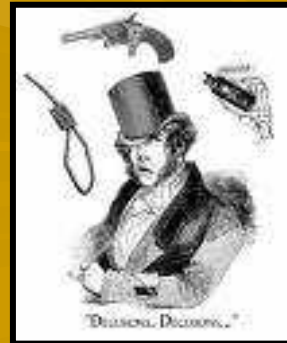


ACTUACION INICIAL ANTE CONDUCTAS SUICIDAS

Carlos Gracia y Enrique Mur

CONDUCTA SUICIDA

- Ideas suicidas: Pensamientos de autodestrucción.
- Crisis suicida: Se contempla la muerte como una salida.
- Tentativa de suicidio: La muerte no se produce por haber utilizado medios insuficientes.
- Suicidio frustrado: No se consuma el suicidio porque algo/alguien lo impide.
- Suicidio consumado: Muerte de la persona.





Definiciones

- **Suicidio**: muerte que resulta de un acto suicida.
- **Intento de suicidio**: acto suicida cuyo resultado no fue la muerte.
- **Acto suicida** es el hecho por el que un sujeto se causa a sí mismo lesión, independientemente de su intención y del conocimiento de sus motivos.
OMS (1976)

FASES DEL SUICIDIO

- Idea suicida en la que el sujeto piensa en cometer suicidio.
- Duda o fase de ambivalencia donde el individuo pasa a plantearse pasar a la acción.
- Decisión en la que ya se pasa a la acción.



Significado del intento suicida (1)

- 1.- Una petición de ayuda: No es adecuado hablar de suicidios falsos, incluso con un matiz de manipulación, ya que siempre señalan un sufrimiento intenso.
- 2.- Una agresión hacia otro, reprimida y que se vuelve contra uno mismo.
- 3.- Un castigo que se autoimpone el individuo.
- 4.- A veces es un acto defensivo contra un peligro real o imaginario.

Significado del intento suicida (2)

- 5.- En otras ocasiones supone una falta de competencia en el uso de mecanismos efectivos de hacer frente a una situación.
- 6.- Un intento de llamar la atención: p.ej.: poner a prueba el amor de una persona o de castigarle.
- 7.- La liberación de un estrés importante.
- 8.- El medio de alcanzar una vida mejor.

FACTORES DE RIESGO DE SUICIDIO

- A.** Trastorno psiquiátrico y/o patología física grave.
- B.** Historia de intentos y amenazas.
- C.** Edad.
- D.** Sexo.
- E.** Factores sociales.
- F.** Factores ocupacionales.
- G.** Factores sanitarios.
- H.** Historia familiar.
- I.** Raza.



A Trastorno psiquiátrico y/o patología física grave.

Presente en el 90% de los pacientes que lo intentan.

- Depresión (50%).
- Alcoholismo (30%).
- Drogodependencias y psicosis (10%).
- Las enfermedades crónicas, sobre todo si existe dolor
- No obstante, existe un porcentaje pequeño en las que no se evidencian trastornos mentales o físicos.

B Historia de intentos y amenazas

- Los pacientes con historia previa de intento de suicidio tienen 5 o 6 veces más riesgo de intentarlo de nuevo.
- Entre la cuarta parte y la mitad de los suicidios consumados han tenido un intento anterior.

Edad

- Entre los varones la frecuencia aumenta con la edad, teniendo su máxima incidencia a los 75 años.
- Entre las mujeres la edad máxima se sitúa entre los 55 y 65 años.

D Sexo

- Las mujeres intentan suicidarse 3 o 4 veces mas que los hombres.
- Los hombres consuman el suicidio 2 o 3 veces mas que las mujeres.

E Factores sociales

- Los solteros tienen el mas alto índice de riesgo, seguidos de los viudos, separados, divorciados, casados sin hijos y casados con hijos.
- Los pacientes que están solos, que han perdido a un ser querido o han fracasado en una relación amorosa durante el año anterior están en mas alto riesgo.
- Los habitantes urbanos y los que viven solos tienen riesgo mas alto.

F Factores ocupacionales

- Los jubilados, desempleados y trabajadores no cualificados tienen mayor riesgo.
- Emigración, desarraigo, aislamiento, comportan un mayor riesgo. Este riesgo es menor si se emigra con toda la familia.

Factores sanitarios

- Aproximadamente la mitad de los pacientes que intentan el suicidio tienen una enfermedad física.
- El riesgo aumenta especialmente por: dolor crónico, intervención quirúrgica reciente, enfermedad crónica, enfermedad terminal.

H Historia familiar

- Los intentos aumentan en los pacientes con historia familiar suicida.

I Raza

- Los caucasianos figuran entre las razas de mayor riesgo.
- Dos de cada tres suicidas son hombres blancos en EEUU.
- En los indios americanos y nativos de Alaska, la tasa de suicidio es superior a la media nacional.
- La tasa de suicidio en finlandeses y húngaros doblan la media europea.
- Los países mediterráneos están por debajo.

CIFRAS FALLECIDOS (INE 2005)

3.381 personas por suicidio

3.332 en accidentes de tráfico

MÉTODOS UTILIZADOS

■ Hombres

- armas de fuego,
- ahorcamiento,
- precipitación desde lugares altos
- envenenamiento por gas



■ Mujeres:

- sobredosis de psicotropos o venenos
- incisiones con elementos cortantes.

FORMAS DE SUICIDIO





Carlos Gracia y Enrique Mur



Carlos Gracia y Enrique Mur



Carlos Gracia y Enrique Mur



ACERCAMIENTO AL PACIENTE SUICIDA

- 1.- Empatía.
- 2.- Privacidad.
- 3.- Preguntar.
- 4.- Mostrar interés.
- 5.- Autoridad.
- 6.- Interrogación directa.
- 7.- Establecer comunicación.
- 8.- Reforzar.

1.- Empatía

- El suicidio es extremadamente personal.
- Abordar al paciente de forma empática y prudente.
- Permanecer tranquilo y adoptar actitud no crítica.
- Contener la angustia desdramatizando la situación

1.- Empatía

- Aceptar los sentimientos presentes.
- Cesión temporal a las necesidades del paciente proporcionando apoyo seguro y amable.
- Establecer comunicación personal antes de preguntar sobre el intento de suicidio en sí.
- De las preguntas generales a las específicas.

2.- Privacidad.

- Ambiente tranquilo, proporcionando comprensión y seguridad.
- Obtener información de la familia o amigos.
- Respetar el espacio físico del paciente para que no se sientan amenazados (hasta 2'5 m), al ganar confianza iremos acercándonos.
- No es conveniente tocarlo sin pedir su autorización.
- Se debe evitar el contacto visual directo, por lo que supone de reto o amenaza personal.

3.- Preguntar.

- Al paciente sobre el suicidio no pone esta idea en su mente.
- Es un error evitar el tema por temor a hacerlo. De hecho los pacientes realmente suicidas a menudo sienten alivio al ser interrogados por estas intenciones.

4.- Mostrar interés.

- Expresión facial atenta y relajada.
- Lenguaje no verbal (asentir con la cabeza, evitar tensión muscular,...)
- Tono de voz bajo, calmado y tranquilizante.
- No humillarlo o hacerle sentirse rechazado.
- Tratar las peticiones de forma razonada.
- Permitirle realizar algunas elecciones.

5.- Autoridad.

- Para asumir la toma de decisiones cuando el paciente lo hace basándose en razonamientos dificultosos o ilógicos.

6.- Interrogación directa.

- Abandonar las técnicas de reflexión, asociación libre e intervenciones no directas.

7.- Establecer comunicación.

- De tipo personal para que no retenga información.
- Observar lo que dice y como lo dice.
- El rechazo de la ayuda o la obstrucción a esta lo interpretaremos como un síntoma de depresión y no como una justificación para abandonarle a su suerte.

8.- Reforzar.

- Es útil recordarles que después de la crisis van a sentirse mejor.
- Es frecuente que tengan en consideración muy pocas soluciones a sus problemas (“visión en túnel”).
- Ampliar sus posibilidades de enfrentamiento ofreciéndole alternativas, lo cual puede hacer volver la esperanza al paciente.

ACTITUDES MAS FRECUENTES DE LA LLAMADA SUICIDA. 1

Llamada de auxilio:

“Tengo problemas y nadie me escucha”.

Victimación:

“Soy tan desgraciado que pienso en el suicidio”.

Sadismo:

“Por vuestra culpa voy a morir”.

ACTITUDES MAS FRECUENTES DE LA LLAMADA SUICIDA. 2

Callejón sin salida:

“La única solución es la muerte”.

Saturación emocional:

“Todo me va mal: trabajo, familia,..”

Baja autoestima:

“No merece la pena vivir, no valgo para nada”.

ACTITUDES MAS FRECUENTES DE LA LLAMADA SUICIDA. 3

Culpabilización:

“No le ayude lo suficiente”.

Chispazo emocional:

“Esto no lo voy a soportar”.

QUÉ ES LO QUE QUIEREN

- Alguien que les escuche.
- Alguien que no juzgue, ni aconseje, ni dé opiniones
- Alguien en quién confiar.
- Alguien que les respete
- Alguien con una discreción absoluta.
- Alguien que se preocupe.
- Alguien que se ponga a su disposición, tranquilizándoles y hablando con calma.
- Alguien que asegure, acepte y crea.
- Alguien que diga "te entiendo".

QUE ES LO QUE NO QUIEREN

- Quedarse solos.
- Sentirse rechazados
- Desconfianza
- Recibir consejos. Los sermones no ayudan.
- Frases como: "anímate" , "todo saldrá bien".
- No analices, compares, califiques o critiques.

SECUENCIA DE ACTUACIÓN DE BOMBEROS ANTE UN PACIENTE SUICIDA (1)

1. Llegar hasta donde se encuentra el paciente.
2. Establecer contacto visual y/o verbal, y una vez establecido mantenerlo hasta que se pueda llegar a su lado.
3. Identificarse de inmediato y dirigirse al paciente por su nombre para reforzar su sentido de identidad.

SECUENCIA DE ACTUACIÓN DE BOMBEROS ANTE UN PACIENTE SUICIDA (2)

4. Hablar lenta y pausadamente, colocándose en la línea de visión del enfermo. Explicar lo que se va a hacer.
5. Si el paciente esta en posesión de un arma, retirarse hasta la llegada de la policía.
6. Iniciar la charla con el ofrecimiento de ayuda en cuanto sea posible y transmitir sensación de amistad.

SECUENCIA DE ACTUACIÓN DE BOMBEROS ANTE UN PACIENTE SUICIDA (3)

7. Tener paciencia, mostrarse sinceramente interesado en el bienestar del paciente.
8. Escucharlo con atención, no retarlo ni criticarlo.
9. Mientras se conversa con el, observarlo con atención y mantenerse alerta.
10. Si ha ingerido alguna sustancia intentar convencerlo para trasladarlo al hospital.

SECUENCIA DE ACTUACIÓN DE BOMBEROS ANTE UN PACIENTE SUICIDA (4)

11. A no ser que nos encontremos ante una urgencia vital, no se puede obligar a nadie a trasladarse a un hospital.
12. En algunos casos será necesario contar con una orden medica, policial o judicial.
13. Controlar nuestras emociones durante todo el tiempo que se permanezca con el paciente.

Y POR ULTIMO.....

**Nuestro trabajo es ayudar a
las personas no juzgarlas.**

INCIDENTE EN TRAUMATOLOGÍA

Sobrevive tras caer de una décima planta

La víctima solo se rompió unos costillas al salvarse por el colchón de bomberos

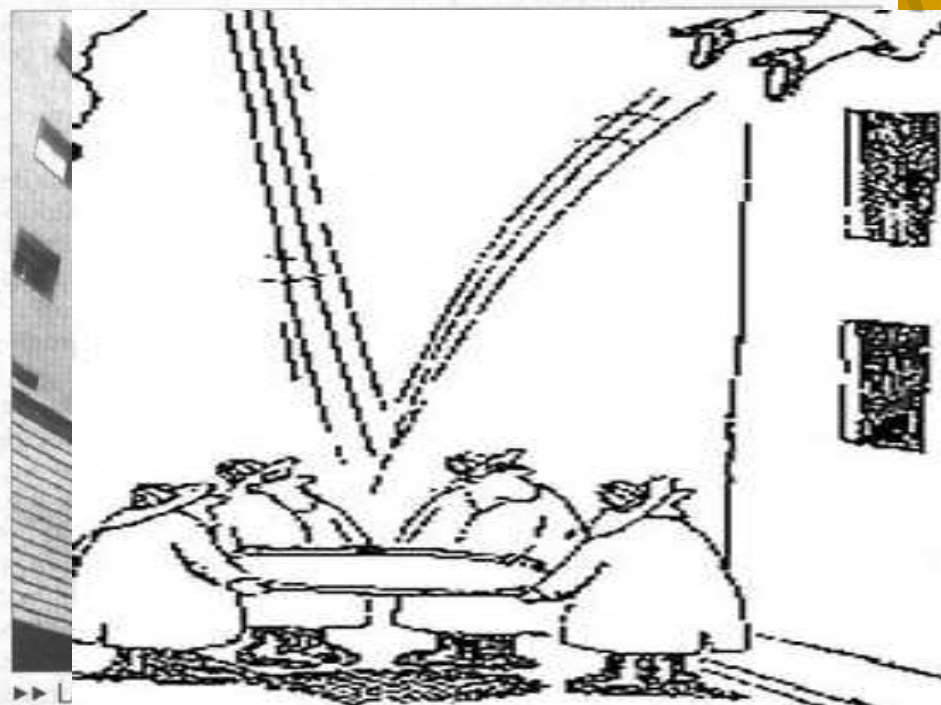
EL PERIÓDICO
ZARAGOZA

Un colchón desplegado por los bomberos de Zaragoza salvó ayer la vida de un hombre de 53 años que se arrojó al vacío desde la azotea del edificio de Traumatología en el hospital Miguel Servet. La víctima sufrió fractura limpia de varias costillas y desplazamiento de tres vértebras tras una caída de 35 metros.

Los hechos ocurrieron poco después de las 13.00 horas, cuando un paciente que había acudido al servicio de Urgencias por un dolor lumbar, accedió a la azotea a través de la escalera de emergencia.

Una vez allí, el hombre se desprendió de su ropa y se asomó desnudo al vacío desde la parte exterior de la barandilla, amenazando con arrojarse. El servicio del 112 alertó a los bomberos y a la Policía, que precintaron la zona y desplegaron el colchón hinchable mientras personal de Psiquiatría intentaba convencer al hombre para que depusiera su actitud.

No obstante, el implicado, que padece procesos agudos de esquizofrenia, daba fuertes gritos con invocaciones religiosas inconexas y sin atender a las razones de los médicos. En esta posición permaneció algo más de media hora, manteniendo en vilo a numerosas personas que contemplaban los hechos desde la calle, al tiempo que fracasaban los intentos de bomberos y policías por



convencerle o atraparle antes de que cayera.

Finalmente, el hombre se volvió de espaldas al vacío y «con los brazos en cruz y encogido sobre él mismo», según manifestaron los testigos, se arrojó a la calle. Su cuerpo se preci-

pitó sobre el colchón, produciéndose un rebote que lo desplazó hasta una obra cercana, con una caída de tres metros.

El herido fue sometido a un escáner donde se apreciaron sus lesiones y quedó internado. ■