



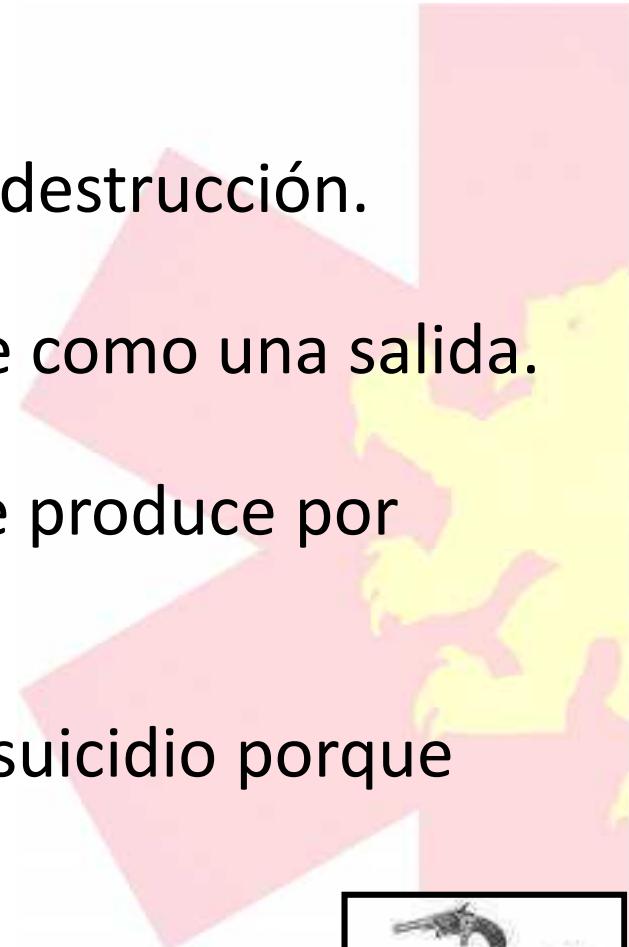
ACTUACION INICIAL ANTE CONDUCTAS SUICIDAS





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.



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.**



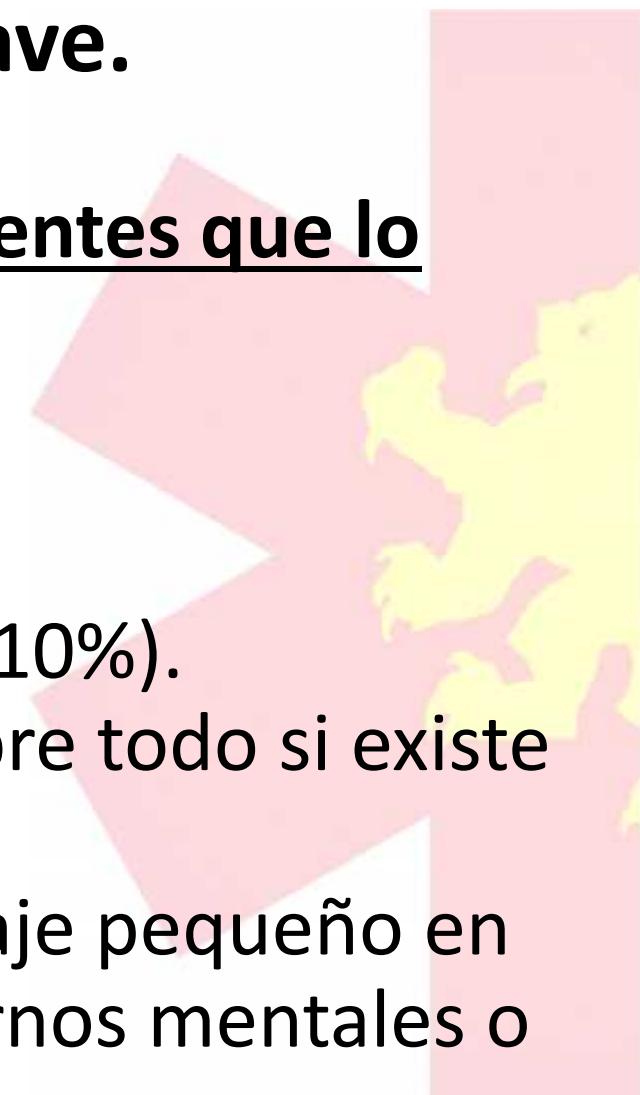


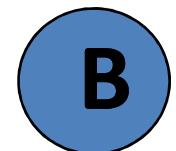
A

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.



C Edad

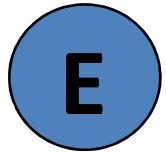
- Entre los varones la frecuencia aumenta con la edad, teniendo su máxima incidencia a los 75 años.
- Entre las mujeres la edad máxima se sitúa entre los 55 y 65 años.



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.





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.



Factores ocupacionales

- Los jubilados, desempleados y trabajadores no cualificados tienen mayor riesgo.
- Emigración, desarraigado, 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.



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



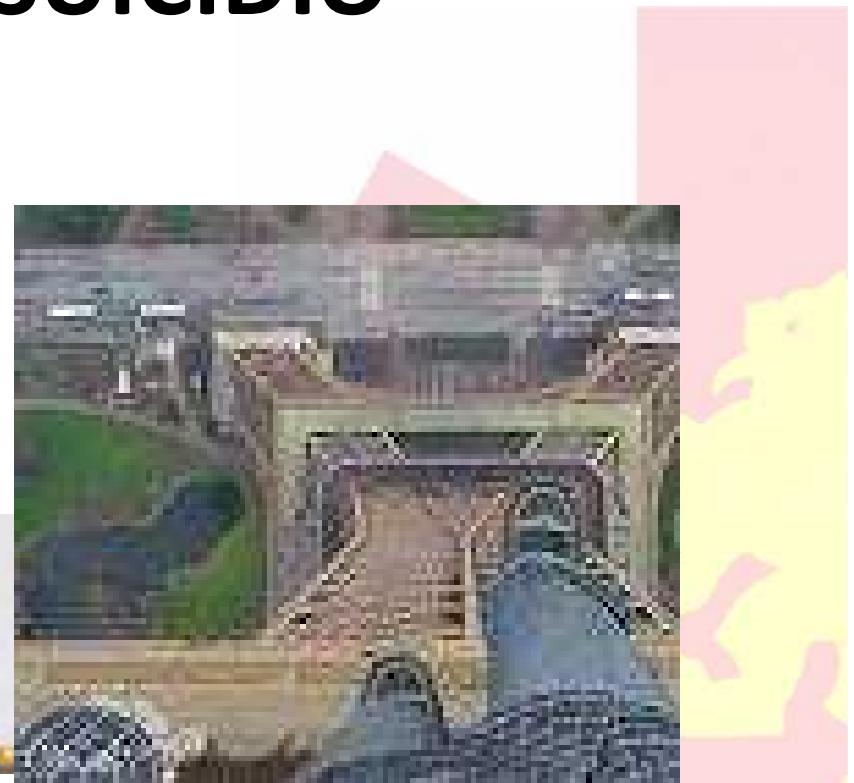
MÉTODOS UTILIZADOS

- 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 Mar



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 critica.
- 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 si.
- De las preguntas generales a las específicas.



2.- Privacidad.

- Ambiente tranquilo, proporcionando compresión 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.



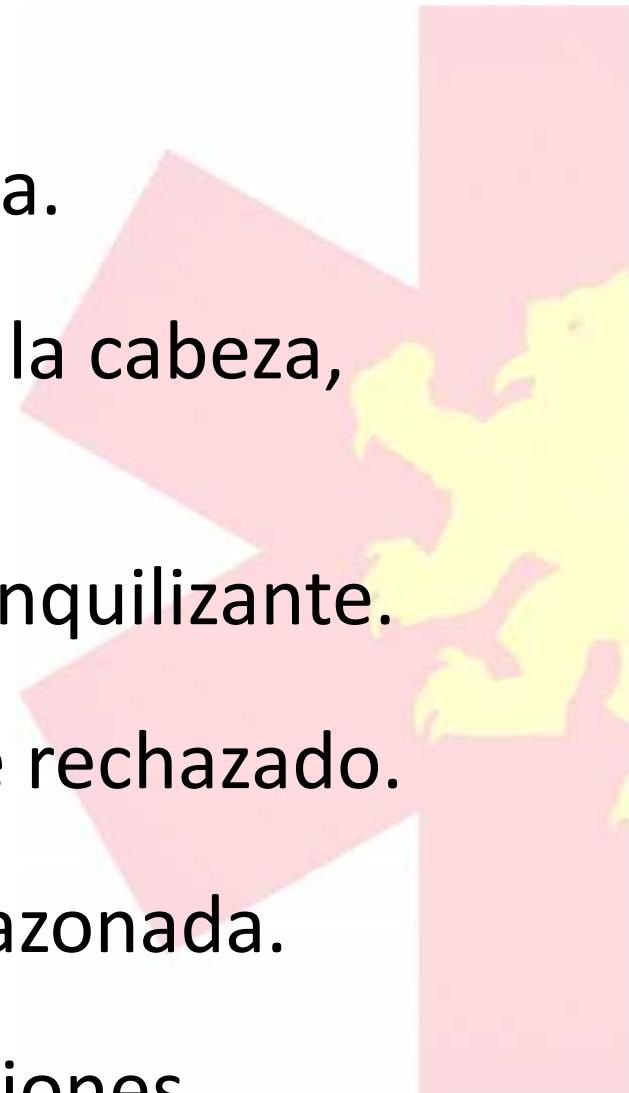
3.- Preguntar.

- 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 difíciltosos o ilógicos.





6.- Interrogación directa.

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





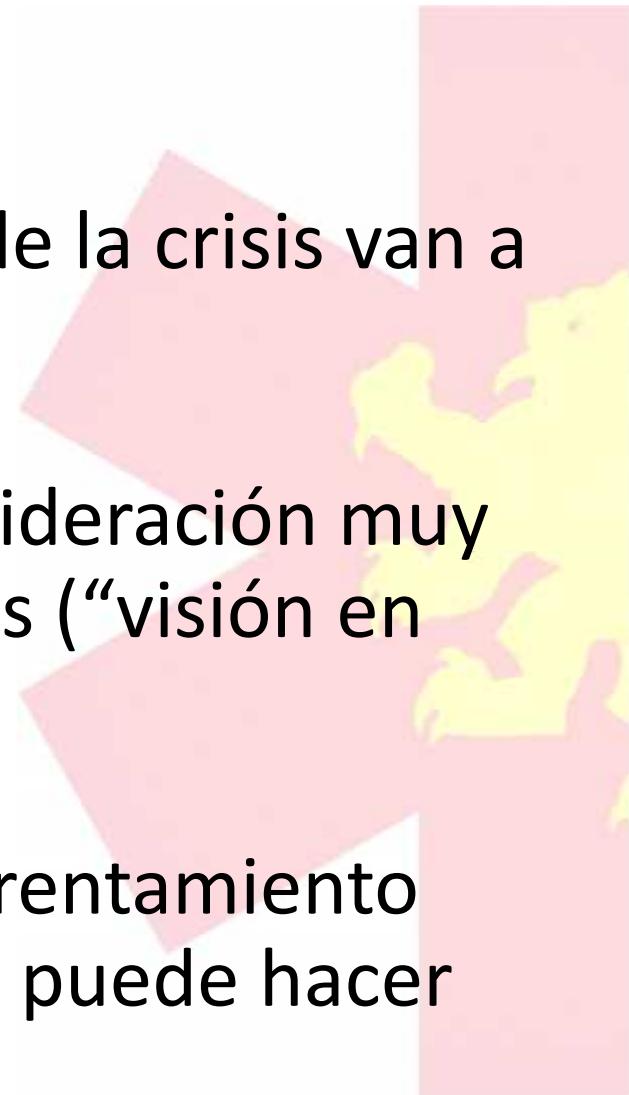
7.- Establecer comunicación.

- 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

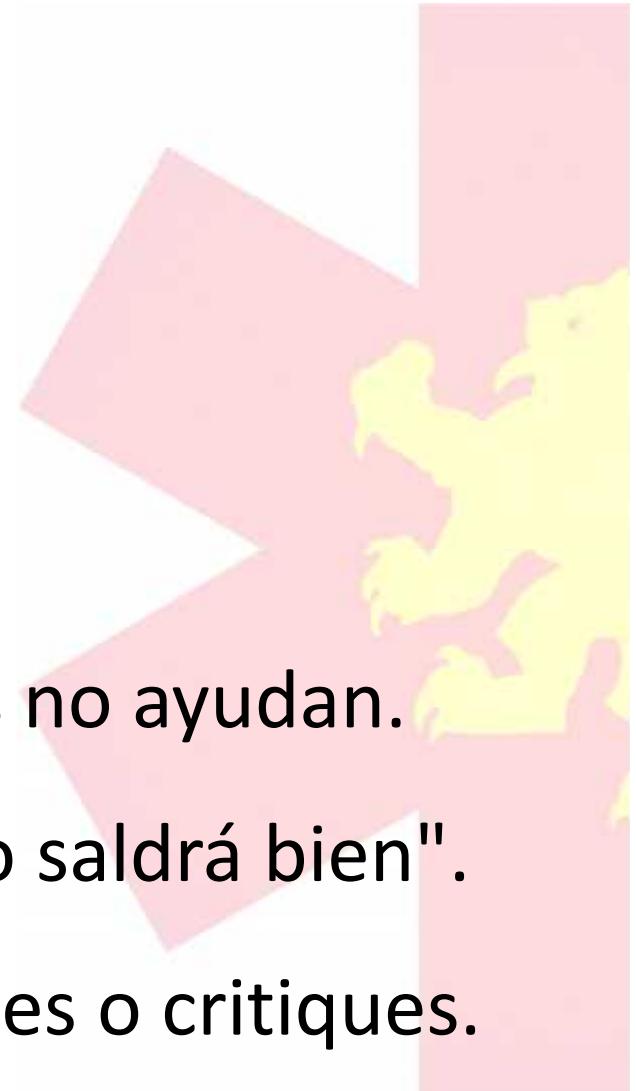
- Alguien que les escuche.
- Alguien que no juzgue, ni aconseje, ni dé opiniones
- Alguien en quién confiar.
- Alguien que les respete
- Alguien con una discreción absoluta.
- Alguien que se preocupe.
- Alguien que se ponga a su disposición, tranquilizándoles y hablando con calma.
- Alguien que asegure,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

Carlos Gracia y Enrique Mur



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.





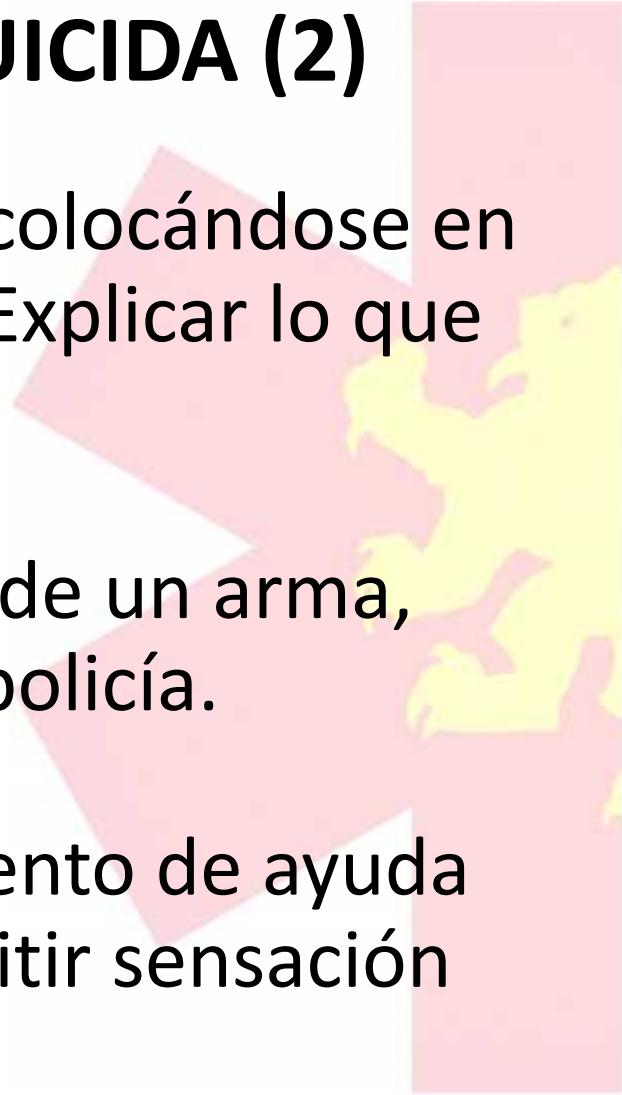
SECUENCIA DE ACTUACIÓN DE BOMBEROS ANTE UN PACIENTE SUICIDA (1)

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.

Carlos Gracia y Enrique Mur

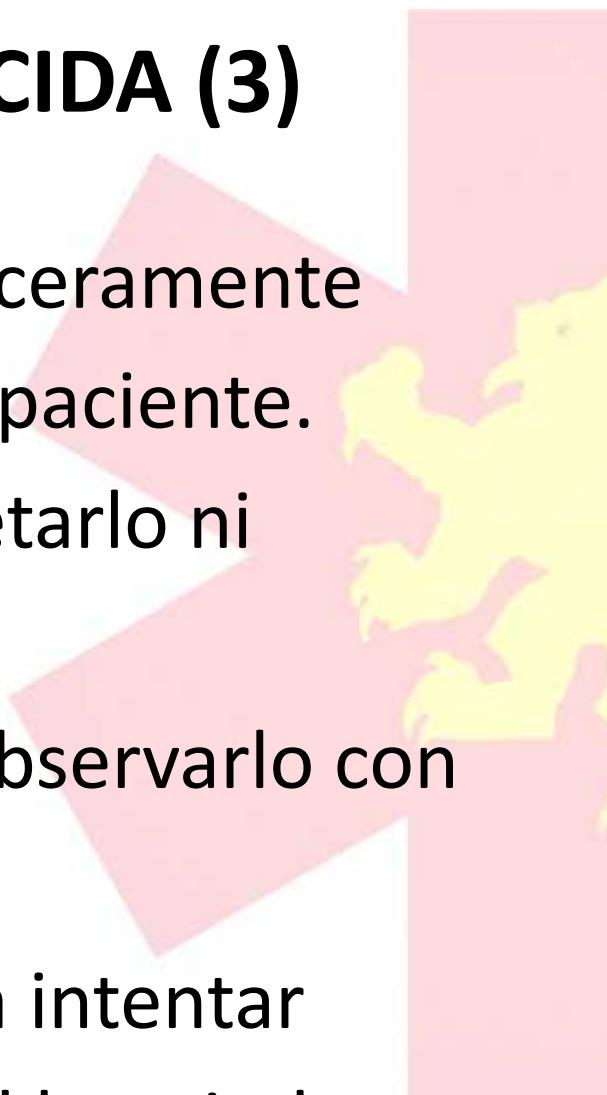


SECUENCIA DE ACTUACIÓN DE BOMBEROS ANTE UN PACIENTE SUICIDA (2)

- 
4. Hablar lenta y pausadamente, colocándose en la línea de visión del enfermo. Explicar lo que se va a hacer.
 5. Si el paciente está 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 retararlo ni criticarlo.
 9. Mientras se conversa con él, 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.**



Carlos Gracia y Enrique Mur