SUICIDIO: EVALUACIÓN, TRATAMIENTO

Lic. Lorena Casse
Lic. Lucia Pokrzywka
Dra. Julieta Wajntraub

ENFOQUE INTEGRAL DBT
enfoqueintegraltlp@gmail.com
http://www.enfoqueintegral.com.ar

Enfoque Integral
TLP Y DESREGULACION EMOCIONAL

apsa
Asociación de Psiquiatras de Argentina

Enfoque Integral

TLP Y DESREGULACION EMOCIONAL

Enfoque Integral es una institución privada formada por un equipo de más de 20 profesionales especializados en el abordaje del Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) y los Trastornos por Desregulación Emocional (DRE).

Trabajamos con el programa DBT completo.

Además contamos con psiquiatras y nutricionistas formados en la disciplina.

Dirección:
Lic. Barbara Demattei
Lic. Larisa Soto
Dra. Julieta Wajntraub

ORGANIZACIÓN

Enfoque Integral
TLP Y DESREGULACION EMOCIONAL

- Capacidad suicida adquirida y ensayo suicida
- Clasificación y nomenclatura de las conductas autolesivas con y sin intencionalidad suicida
- Internación psiquiátrica. ¿Cuándo existe criterio de internación? ¿Qué hacer luego de una externación?
- Evaluación clínica del riesgo suicida. ¿Cómo evaluar riesgo suicida en una entrevista?
- L-RAMP: Protocolo de suicidio desde la DBT

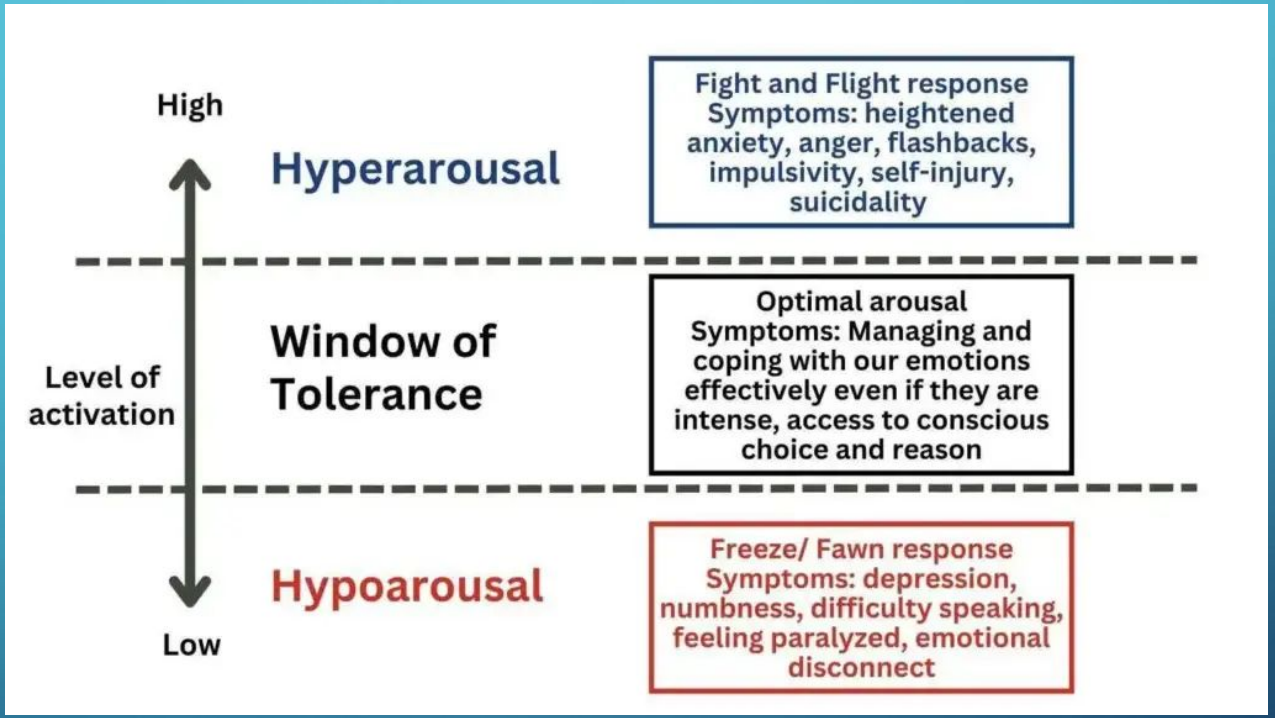
Crisis Autolesivas y Capacidad Suicida Adquirida

SUICIDIO Y DOLOR PSICOLÓGICO

Intolerable

Inescapable

Interminable



CONECTOMA DINÁMICO DEL DOLOR

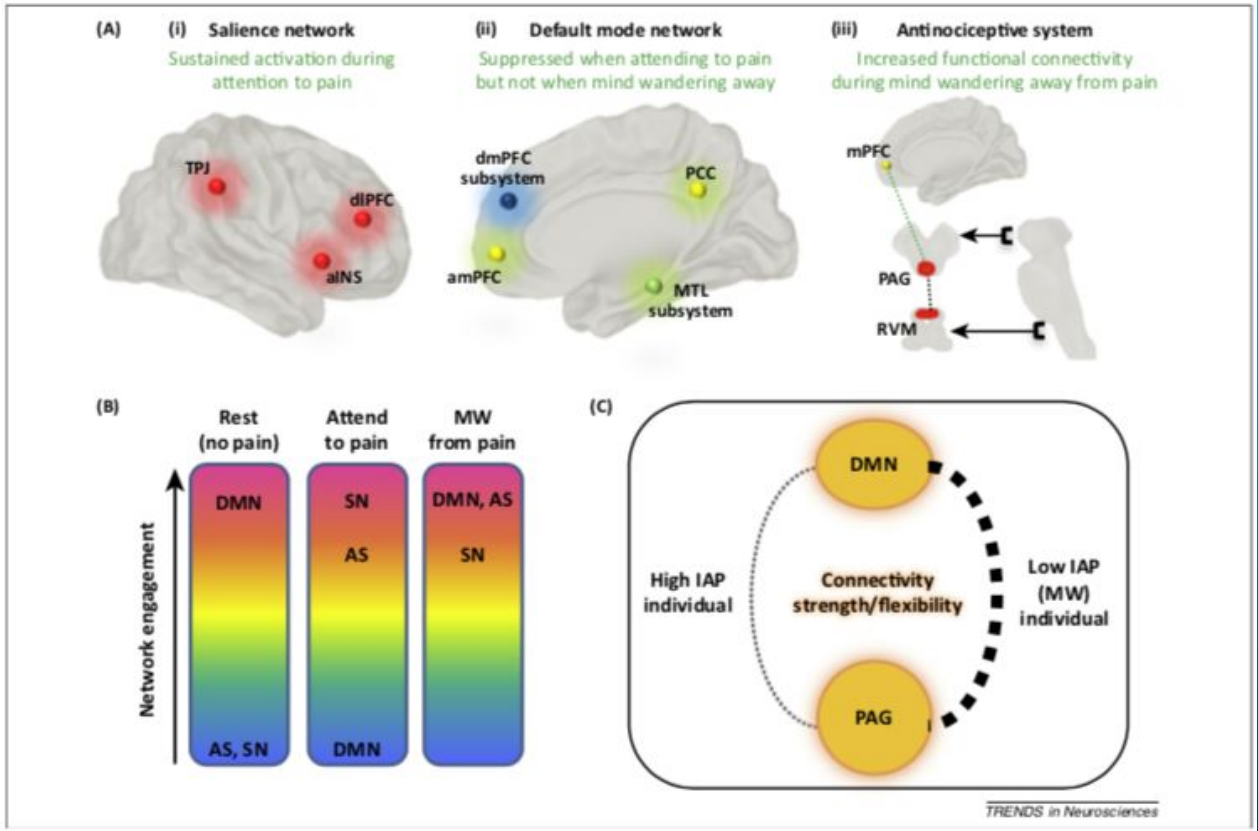
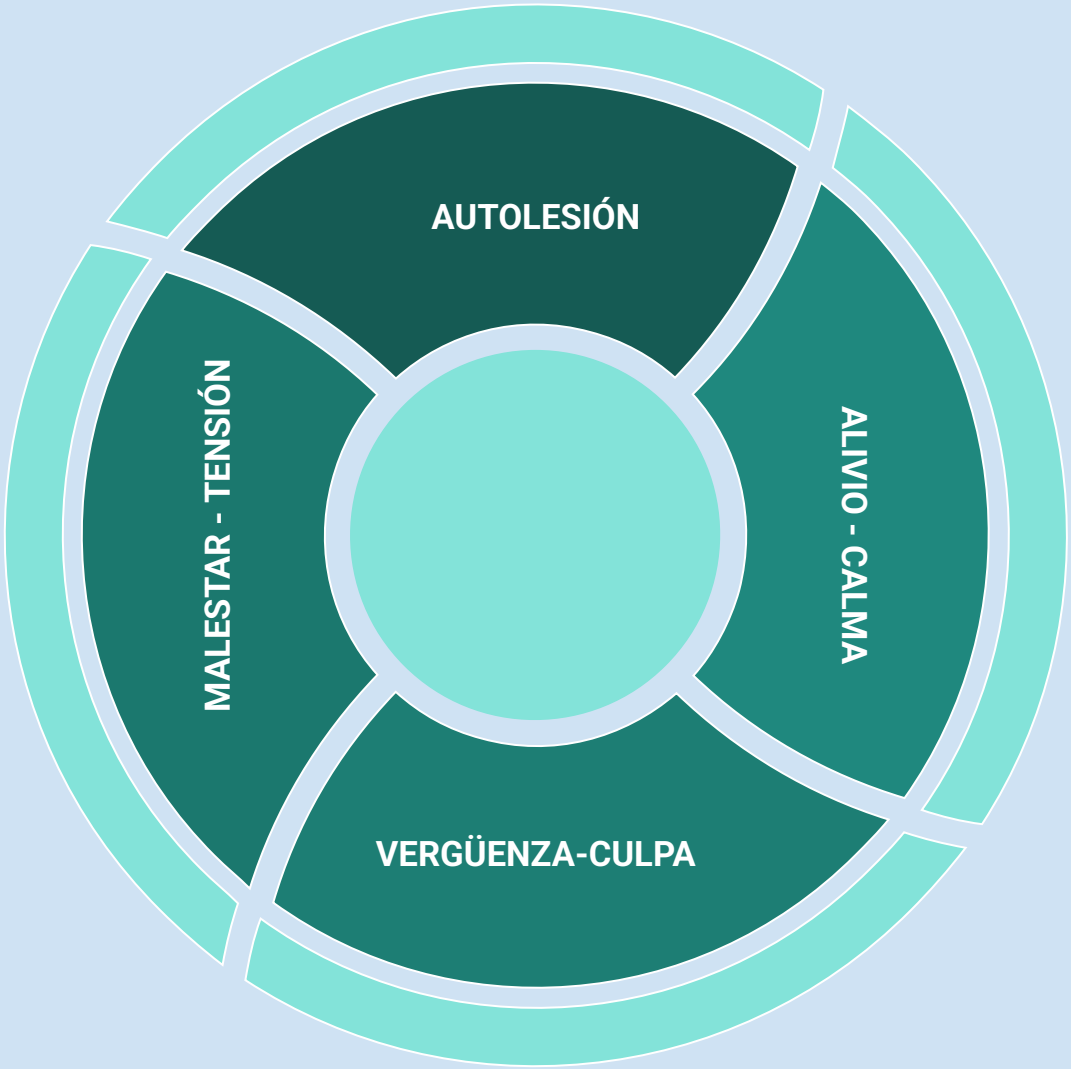
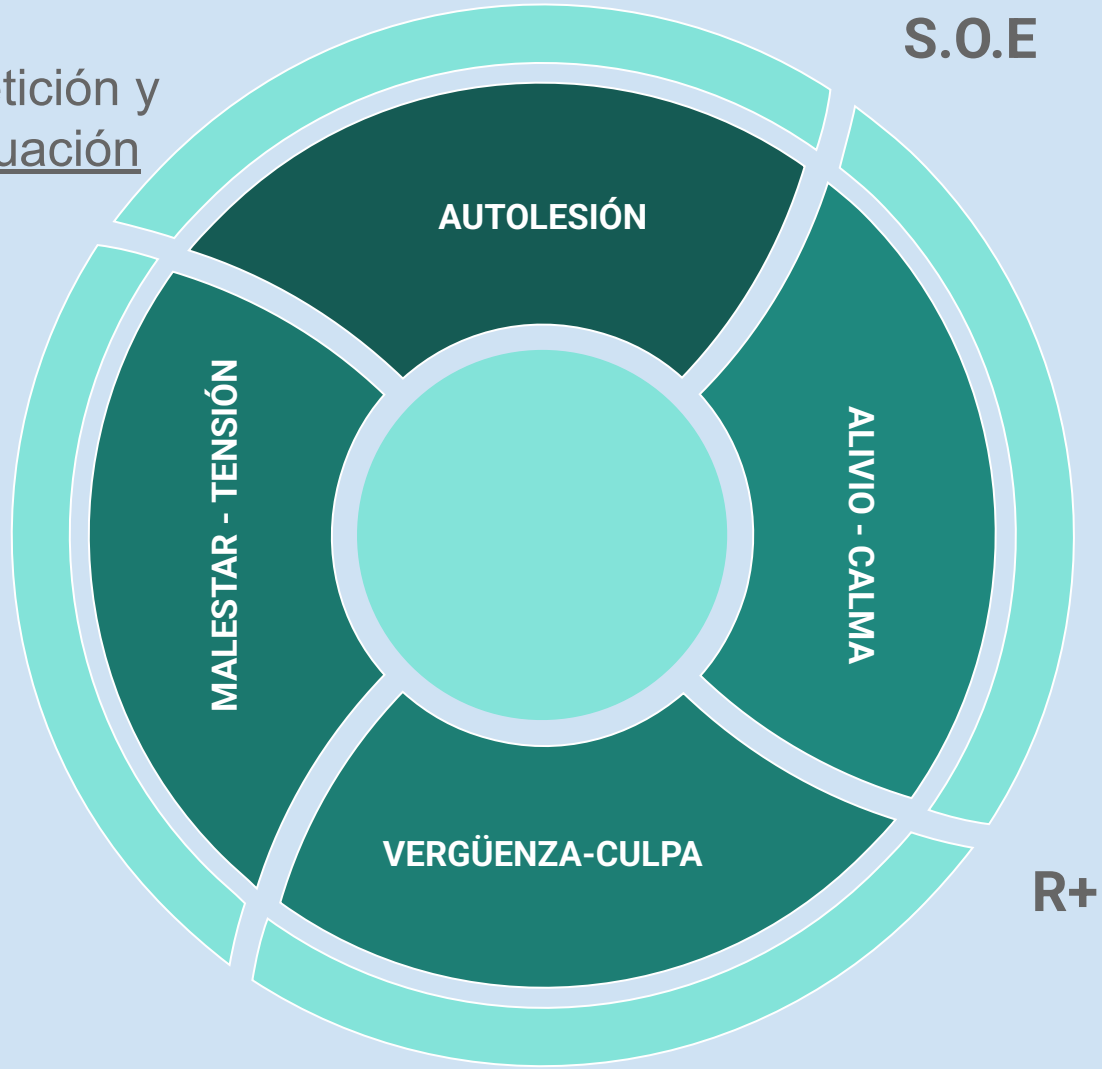


Figure 2. Brain dynamics underlying spontaneous fluctuations in attention to pain. **(A)** The salience network **(i)** is activated more strongly when a subject is attending to a painful stimulus compared with when they are attending to something else (mind wandering) during application of a noxious stimulus. The default mode network **(ii)** is active at rest and when attention is on something else (mind wandering), but is suppressed when attending to pain. The antinociceptive system **(iii)** exhibits increased functional connectivity between the medial prefrontal cortex (mPFC) and periaqueductal gray (PAG) when attention is on something else (mind wandering) compared with pain. **(B)** Degree of network engagement for the default mode network (DMN), salience network (SN), and antinociceptive system (AS) during a nontask rest (no stimulus) condition, when attending to painful stimuli, and during mind wandering away from painful stimuli. **(C)** Structural and functional connectivity of the antinociceptive system is related to the degree to which an individual mind wanders from pain or shows a high intrinsic attention to pain (IAP). Individuals with a low IAP (i.e., mind wanderers) exhibit stronger structural connectivity and more flexible dynamic functional connectivity between the default mode network and the PAG. Abbreviations: aINS, anterior insula; AS, antinociceptive system; amPFC, anterior medial prefrontal cortex; dlPFC, dorsolateral prefrontal cortex; dmPFC, dorsomedial prefrontal cortex; MTL, medial temporal lobe; MW, mind wandering; PCC, posterior cingulate cortex; RVM, rostroventral medulla; TPJ, temporoparietal junction.

Crisis autolesivas: ¿por qué el consultante se autolesiona?


AUTOLESIÓN
ALIVIO - CALMA
VERGÜENZA-CULPA
MALESTAR - TENSIÓN

Repetición y habituación



SISTEMA OPIOIDE ENDÓGENO

Como se ha comentado previamente, las autolesiones no suicidas se caracterizan por una disminución de la sensibilidad al dolor. La teoría de la auto administración opioide propone que los individuos cometen autolisis con la finalidad de liberar péptidos de esta naturaleza. Los bajos niveles de opioides endógenos de manera crónica hiperestimulan los receptores, de forma que su efecto analgésico se potencia (24).

REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN DEL CONCEPTO «AUTOLESIONES NO SUICIDAS»
Claudia Arego Céspedes

CRISIS AUTOLESIVAS Y CAPACIDAD SUICIDA

"Las autolesiones son modos morbosos de autoayuda, no se realizan con el fin de terminar con la propia vida, sino como la forma hallada para poder continuar con ella." FUNCIÓN

Los comportamientos autoagresivos sin intención suicida ni expectativa de suicidio, conforman un ciclo que aumenta el riesgo con cada repetición. RESULTADO

Perturbación ➡ Autolesión ➡ S.O.E (alivio) ➡ Resistencia

Reemplazo paulatino, no prohibición.

SUICIDIO COMO PROCESO

Llamamos “ensayo” suicida a toda conducta que dé por resultado un alivio o analgesia tanto física como emocional de los estados emocionales desagradables, y den por resultado también disminuir el miedo y la sensibilidad al dolor, y que por ende eleve las posibilidades de realizar el acto autolítico.

Las autolesiones realizadas de manera sistemática y sostenidas en el tiempo, disminuyen la sensibilidad al dolor, afectan el sistema opioide endógeno, y por desensibilización aumentan el umbral de tolerancia del paciente al miedo.

Al igual que ocurre en las adicciones, las autolesiones pueden producir resistencia y acostumbramiento

Es por esto que no se deben prohibir, sino que debemos realizar un plan de reducción

SUICIDIO COMO PROCESO

El suicidio no es un evento discreto ni un evento aislado de la historia de quien lo intenta.
Se trata de un ***proceso*** *en que las tendencias autodestructivas evolucionan progresivamente por la interacción de experiencias actuales y experiencias traumáticas vividas durante el desarrollo.*

Al entender el suicidio como proceso podemos arrivar a la ***prevención****, interrumpiendo el desarrollo de la conducta suicida final en los diversos momentos en que se manifiesta este.*

SUICIDIO COMO PROCESO

Sería erróneo entender al suicidio como una entidad psicopatológica en sí misma, o como un acto que sucede únicamente en el marco de algún padecimiento mental severo. Por el contrario, al ser un **fenómeno multicausal**, atravesado por distintos factores interrelacionados de orden personal, comunitario y social, ya sea biológicos, psicológicos, socio-culturales, entre otros

SUICIDIO

Etimología:

“Sui”: sí mismo

“Cidium”: matar

Matarse a sí mismo

Enfoque Integral

TLP Y DESREGULACION EMOCIONAL

DEFINICIONES

-**Brown** diferencia entre matar a una persona y matarse a sí mismo

-Durkheim: a finales del S XIX (1897) “Se llama suicidio a todo caso de muerte que resulta directa o indirectamente de un acto positivo o negativo, llevado a cabo por la propia víctima que sabía que iba a producir ese resultado”

-La **OMS** define el suicidio como “un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando el resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados”

EPIDEMIOLOGÍA

- El suicidio es un problema de alto impacto en la salud pública.
- Según la OMS el suicidio es la cuarta causa de muerte y jóvenes (15 a 29 años) a nivel mundial, y la quinta entre adultos (30 a 49 años)
- De los datos de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) publicados en su anuario, demuestran que en el año 2021 se produjeron en Argentina 2865 suicidios, correspondiendo el 80% varones y el 20% mujeres.
- Se considera a la problemática del suicidio como un fenómeno multicausal. (Ministerio de Salud, Resolución 4012/2023)
- Se estima que por cada suicidio hay entre 10 o 20 intentos

EPIDEMIOLOGÍA

- Durante 2015 a nivel mundial la tasa de suicidio fue de 12 cada 100.000 habitantes.
- Más de 800.000 muertes por suicidio
- Dentro de 250 causas de muerte, el suicidio estuvo en el puesto 14 de causa de mortalidad global.
- Los métodos más usados fueron ingesta de pesticidas, ahorcamiento y armas de fuego.
- China e India contaron con el 50% de todos los suicidios.
- La autoagresión fue una de las 10 primeras causas de años de vida perdidos en muchos países y regiones tales como Australia, China, Europa, India y Japón

CLASIFICACIÓN Y NOMENCLATURA

- **IDEACIÓN SUICIDA**: pensamiento acerca de quitarse la vida.
- **INTENTO SUICIDA**: conductas destinadas a quitarse la vida sin lograrlo
- **SUICIDIO**: conducta autolesiva que tiene como objetivo terminar con la vida

CLASIFICACIÓN Y NOMENCLATURA

- **AMENAZA SUICIDA**: pensamientos de realizar conductas autolesivas que se verbalizan y tienen la intención de hacer pensar a los demás que uno quiere morir, a pesar de no tener intención de morir (por ejemplo, "Si me dejas, me suicidaré")

- **GESTO SUICIDA:** conducta autolesiva que tiene como objetivo hacer pensar a los demás que uno quiere morir, a pesar de no tener intención de hacerlo.

CLASIFICACIÓN Y NOMENCLATURA

- **PENSAMIENTOS AUTOLESIVOS NO SUICIDAS:** pensamientos de realizar una conducta autolesiva caracterizada por la destrucción deliberada de tejido corporal sin intención de morir

- **AUTOAGRESIÓN NO SUICIDA:** Conducta autolesiva caracterizada por la destrucción deliberada de tejido corporal sin intención de morir y con fines no socialmente sancionados.

La conducta autolesiva acompañada de intención de morir se clasifica como intento de suicidio, lo cual concuerda con la práctica de la mayoría de los médicos e investigadores, así como con las recomendaciones de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos. Este enfoque tiende deliberadamente a la seguridad al categorizar las conductas ambivalentes como suicidas.

Análisis funcional de la conducta suicida

¿Qué función tiene? Sin caer en opiniones peyorativas y enfocándonos únicamente en la resolución podemos abrir con mayor objetividad la función de la conducta suicida.

FACTORES ASOCIADOS

- Familia
- Salud
- Edad
- Sexo
- Antecedentes familiares
- Antecedentes individuales
- Estado civil
- Trabajo
- Creencias religiosas

FACTORES PROTECTORES: Personales

HABILIDADES PARA RESOLVER PROBLEMAS

AUTOCONFIANZA

HABILIDADES INTERPERSONALES

FLEXIBILIDAD COGNITIVA

FACTORES AMBIENTALES

- FAMILIA
- HIJOS
- APOYO SOCIAL
- INTEGRACIÓN SOCIAL
- CREENCIAS RELIGIOSAS
- VALORES CULTURALES
- TRADICIONES
- TRATAMIENTO EN SALUD MENTAL

RIESGO

- Bajo: pensamiento suicida pero sin plan
- Medio: pensamiento y plan suicida
- Alto: plan definido, tiene los medios y planea hacerlo inmediatamente

FORMAS DE AUTOLESIÓN

CUTTING

- Objeto afilado, como **cuchillos, cutters, hilos, agujas, cuchillas de afeitar o, incluso las uñas**. Implica hacerse cortes profundos o arañazos en varias partes del cuerpo, como brazos, piernas y la parte delantera del torso, que son los lugares en los que más se suelen hacer autolesiones, dado que son fácilmente ocultables con ropa de manga larga.
- Cortarse puede convertirse en un hábito, en forma de conducta compulsiva. **Cuántas más veces se haya cortado la persona, más necesidad tendrá de hacerlo** cuando aparezca un estímulo estresante o una situación que le causa ansiedad.
- El cerebro comienza a conectar la falsa sensación de calma como una buena estrategia para hacer frente a las emociones negativas.

- Grabarse palabras o perforarse la piel
- Darse golpes o puñetazos
- Arrancarse pelo, pellejos de los dedos, reabrirse heridas.

Rozaduras y quemaduras

Rascarse compulsivamente hasta salirle sangre, o frotar objetos como tela u otros materiales para producirse una quemadura por fricción.
También puede hacerse quemaduras con fuego, cigarrillos encendidos o cuchillos calientes, o arrojandose liquidos calientes encima.

Internación psiquiátrica. ¿Cuándo existe criterio de internación? ¿Qué hacer luego de una externación?

Niveles de atención para reducir el riesgo inmediato

- Hospitalización
- Hospital de dia
- Tratamiento ambulatorio

HOSPITALIZACIÓN

La internación psiquiátrica para evaluacion más profunda y comienzo o modificación de tratamiento es casi siempre indicada en pacientes con conducta suicida reciente o riesgo cierto e inminente de suicidio (por ej, personas con ideacion suicida severa con plan e intentos previos).

Factores que implican mayor riesgo

- Intento suicida con un método de alta letalidad (arma de fuego, ahorcamiento)
- Intento suicida que incluyó cuidados para no ser descubierto
- Persistencia de la ideación suicida o desilusión por no haber sido exitoso
- Desesperanza severa
- Red social inadecuada o insuficiente

Factores que implican mayor riesgo

- Dificultad para discutir abierta y honestamente el intento y sus factores precipitantes.
- Imposibilidad de discutir el plan de seguridad
- Falta de medios para un monitoreo y tratamiento adecuado
- Patología psiquiátrica subyacente a la conducta e ideación suicida: Trastornos de ansiedad, Trastorno bipolar, TLP, TEPT, Esquizofrenia, TUS.
- Agitación
- Impulsividad

Proceso de internación

Hasta el momento de efectivizarse la internación, la persona debería permanecer en una habitación sin acceso a ninguna fuente de daño, y debería ser también acompañado y/u observado.

Las pertenencias deben ser guardadas separadamente, además de buscar potenciales métodos de daño. Aquellos miembros de la familia o allegados que el paciente desee pueden estar presentes. Puede ser necesario personal de seguridad en caso de que la persona insista en retirarse.

El traslado al hospital o clínica debe realizarse en **ambulancia** y los profesionales deben estar al tanto del riesgo.
Se debe mantener comunicación con todos los profesionales tratantes, y la internación se prolongará hasta que la seguridad del paciente esté garantizada.

Internación involuntaria. ¿Cuándo?

En caso de que el paciente no esté de acuerdo con la internación, y se evalúe

riesgo cierto e inminente

Verificado mediante una evaluación interdisciplinaria, cuyo fundamento no deberá reducirse exclusivamente a una clasificación diagnóstica"

"Contingencia o proximidad de un daño que ya es conocido como verdadero, seguro e indubitable que amenace o cause perjuicio a la vida o integridad física de la persona o de terceros"

Artículo 14 y 15 LSM 26657

- Cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones
- Promover el mantenimiento de vínculos, contactos y comunicación con sus familiares, allegados y con el entorno laboral y social.
- Lo más breve posible, en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios.

Artículo 21 LSM 26657

Notificarse en no más de diez horas al juez competente y al órgano de revisión

El juez en un plazo máximo de 3 días corridos de notificado debe:

a) Autorizar

b) Requerir informes ampliatorios

c) Denegar, en caso de evaluar que no existen los supuestos necesarios para la medida de internación involuntaria, en cuyo caso debe asegurar la externación de forma inmediata.

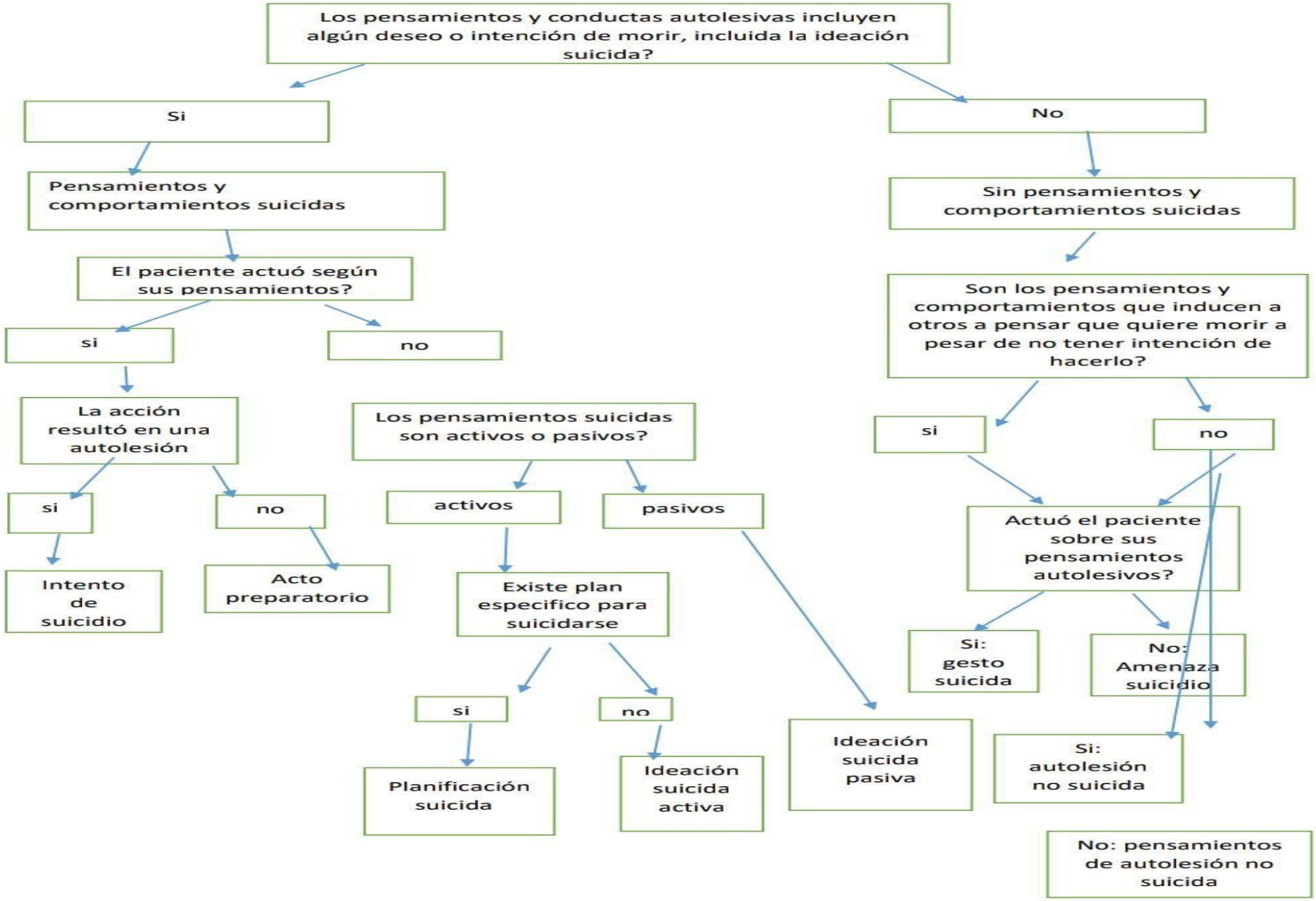
Artículo 24 LSM 26657

- *El juez debe solicitar informes con una periodicidad no mayor a 30 días corridos a fin de reevaluar si persisten las razones para la continuidad de dicha medida, y podrá en cualquier momento disponer su inmediata externación.*
- *Si transcurridos los primeros 90 días y luego del tercer informe continuase la internación involuntaria, el juez deberá pedir al órgano de revisión que designe un equipo interdisciplinario que no haya intervenido hasta el momento*
- *En caso de diferencia de criterio, optará siempre por la que menos restrinja la libertad de la persona internada*

EVALUAR SI ES UNA CONDUCTA AUTOLESIVA O UNA CONDUCTA QUE ATENTA CONTRA SU VIDA.

Enfoque Integral

TLP Y DESREGULACION EMOCIONAL


Los pensamientos y conductas autolesivas incluyen algún deseo o intención de morir, incluida la ideación suicida?
Si
No
Pensamientos y comportamientos suicidas
Sin pensamientos y comportamientos suicidas
El paciente actuó según sus pensamientos?
Son los pensamientos y comportamientos que inducen a otros a pensar que quiere morir a pesar de no tener intención de hacerlo?
si
no
si
no
La acción resultó en una autolesión
Los pensamientos suicidas son activos o pasivos?
si
no
activos
pasivos
Actuó el paciente sobre sus pensamientos autolesivos?
Intento de suicidio
Acto preparatorio
Existe plan especifico para suicidarse
Si: gesto suicida
No: Amenaza suicidio
si
no
Ideación suicida pasiva
Planificación suicida
Ideación suicida activa
Si: autolesión no suicida
No: pensamientos de autolesión no suicida

EVALUACIÓN DE RIESGO Y PROTOCOLO L-RAMP

RIESGO SUICIDA

La teoría de la crisis asume que a pesar de la potencialidad de los recursos, la resistencia de cualquier individuo es finita.

La crisis no tiene lugar solamente en los pacientes, sino en cualquier persona que bajo las circunstancias precisas resulte en proceso de crisis.

Componentes del riesgo

Si bien los factores de riesgo nos pueden brindar información acerca del sujeto, dicha información es estática y no sirve al análisis funcional. Precisamos saber en profundidad y con especificidad, cómo está compuesto el riesgo del paciente particular.

Ejemplos:
M - 50 - TDM - separado

F - 18 - planificación seria o comunicación de futuro intento

Letter	Meaning	Number of Points Assigned
S	Sex: male	1
A	Age: < 19 or > 45 years	1
D	Depression or hopelessness	2
P	Previous attempts or psychiatric care	1
E	Excessive alcohol or drug use	1
R	Rational thinking loss	2
S	Separated/divorced/widowed	1
O	Organized or serious attempt	2
N	No social supports	1
S	Stated future intent	2

Componentes del riesgo

Subestima factores de riesgo importantes, sobreestima la internación por variables que no están relacionadas con el suicidio de forma evidente.

Puntuación de 5 o más indica hospitalización voluntaria o involuntaria.

Letter	Meaning	Number of Points Assigned
S	Sex: male	1
A	Age: < 19 or > 45 years	1
D	Depression or hopelessness	2
P	Previous attempts or psychiatric care	1
E	Excessive alcohol or drug use	1
R	Rational thinking loss	2
S	Separated/divorced/widowed	1
O	Organized or serious attempt	2
N	No social supports	1
S	Stated future intent	2

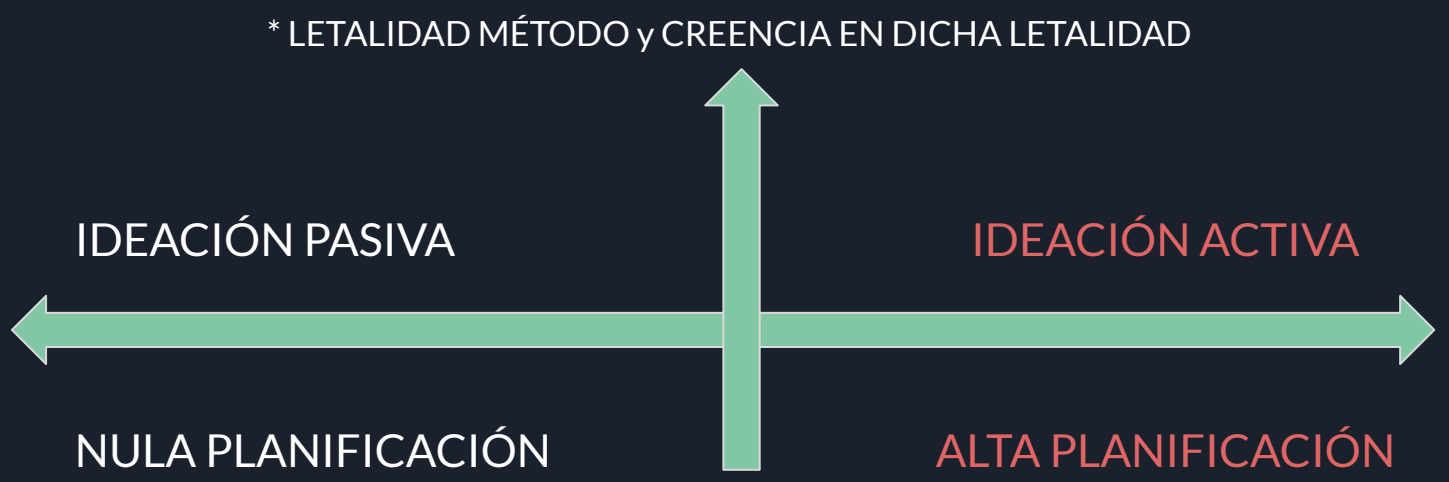
Diferenciación de riesgo

IDEACIÓN PASIVA — IDEACIÓN ACTIVA

NULA PLANIFICACIÓN — ALTA PLANIFICACIÓN

- PERSISTENTE
- TRANSITORIA
- DE PUERTA TRASERA

Diferenciación de riesgo



Variables moduladoras del riesgo

- PLANIFICACIÓN
- LETALIDAD DEL MÉTODO
- CREENCIA ACERCA DE LA LETALIDAD DEL MÉTODO

Ahorcamiento (x6)	Cutting
Armas de fuego	Sobreingesta de ansiolíticos (sin alcohol)
Ingesta de productos químicos	Inanición
Ingesta de pesticidas	Deshidratación
Métodos que requieren experticia (analgesia)	Métodos que requieren experticia (Inyección de aire)

Historización del riesgo - LRAMP

- Intento de suicidio actual:
  - Intentos previos y su evolución: letaliza
  - Planificación del intento actual
  - Letalidad del intento actual
  - Creencia en la letalidad del intento
  - Impulsividad del intento actual y escalada

Intento de suicidio actual:

Pte 25 años:

18 años: Cutting
20 años: Sobreingesta de medicación leve
21 años: Asfixia por gas de cocina
24 años: Sobreingesta de medicación + alcohol
25 años: Sobreingesta de medicación + alcohol + cutting + intento de asfixia

Escasa existencia de planificación
Impulsividad Alta
Utilización de desinhibidores
Utilización plural de medios
El método se “letaliza” a lo largo de los años

Se perfecciona la experticia del paciente.

Factores de Riesgo Inminentes - LRAMP

- El método preferido de suicidio está disponible o fácil de alcanzar actualmente
- Existencia de métodos letales (de cualquier tipo) fácilmente disponibles en el contexto
- Presencia de planificación y/o preparación (método - fecha)
- Desesperanza severa
- Externación reciente (4 semanas)

Rasgo y Estado dependencia

Impulsividad

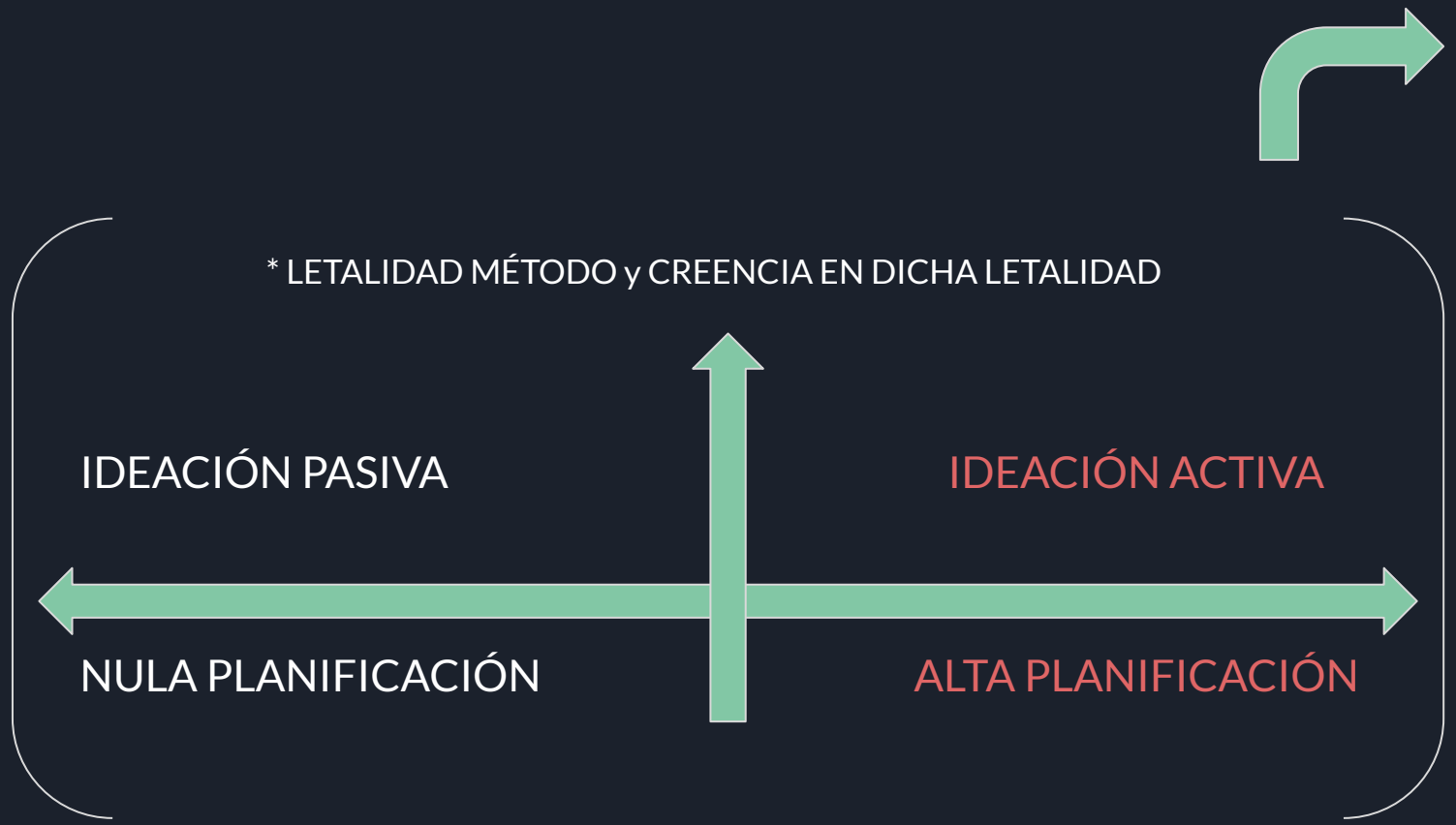
Los individuos con intentos impulsivos pasajeros tienen menos expectativas de morir, pero utilizan métodos más violentos, con secuelas físicas. A su vez son más sensibles a factores ambientales trabajaremos también sobre el ambiente

Los individuos con patrones de impulsividad estables poseen mayor intencionalidad suicida y mayor rigidez → trabajaremos en el vínculo terapéutico, en sus vínculos sociales, en el pedido de ayuda, en sus recursos personales, etc.

Componentes del riesgo

- Antecedentes de intentos de suicidio y autolesión
- Ideación suicida es activa o pasiva
- Planificación
- Letalidad del método
- Disponibilidad de medios
- Impulsividad rasgo estado
- Aumento en el deseo, comunicación o conducta en el período de las últimas 2 semanas
- Factores de riesgo / protección

1. Actual
2. Últimas 2-4 semanas
3. Historización capacidad adquirida



Contexto de las últimas semanas. ¿Por qué ahora? ¿Qué función cumple su ideación autolítica, autolesión o intento autolítico?

MANEJO

- ANÁLISIS EN CADENA
- PLAN DE CRISIS

BIBLIOGRAFÍA

Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. Am J Psychiatry. 2003 Nov;160(11 Suppl):1-60. Erratum in: Am J Psychiatry. 2004 Apr;161(4):776. PMID: 14649920.

Nock MK. Self-injury. Annu Rev Clin Psychol. 2010;6:339-63. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.121208.131258. PMID: 20192787.

McCullumsmith C. Laying the groundwork for standardized assessment of suicidal behavior. J Clin Psychiatry. 2015 Oct;76(10):e1333-5. doi: 10.4088/JCP.14com09603. PMID: 26528662.

World Health Organization. Preventing Suicide: A Global Imperative. Geneva, Switerland. 2014.

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2012).

Muchas Gracias!

Lic. Lorena Casse
Lic. Lucia Pokrzywka
Dra. Julieta Wajntraub

ENFOQUE INTEGRAL DBT
enfoqueintegraltlp@gmail.com
http://www.enfoqueintegral.com.ar