

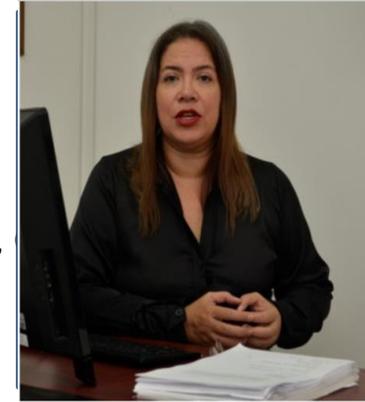


SUICIDIO EN ADOLESCENTES



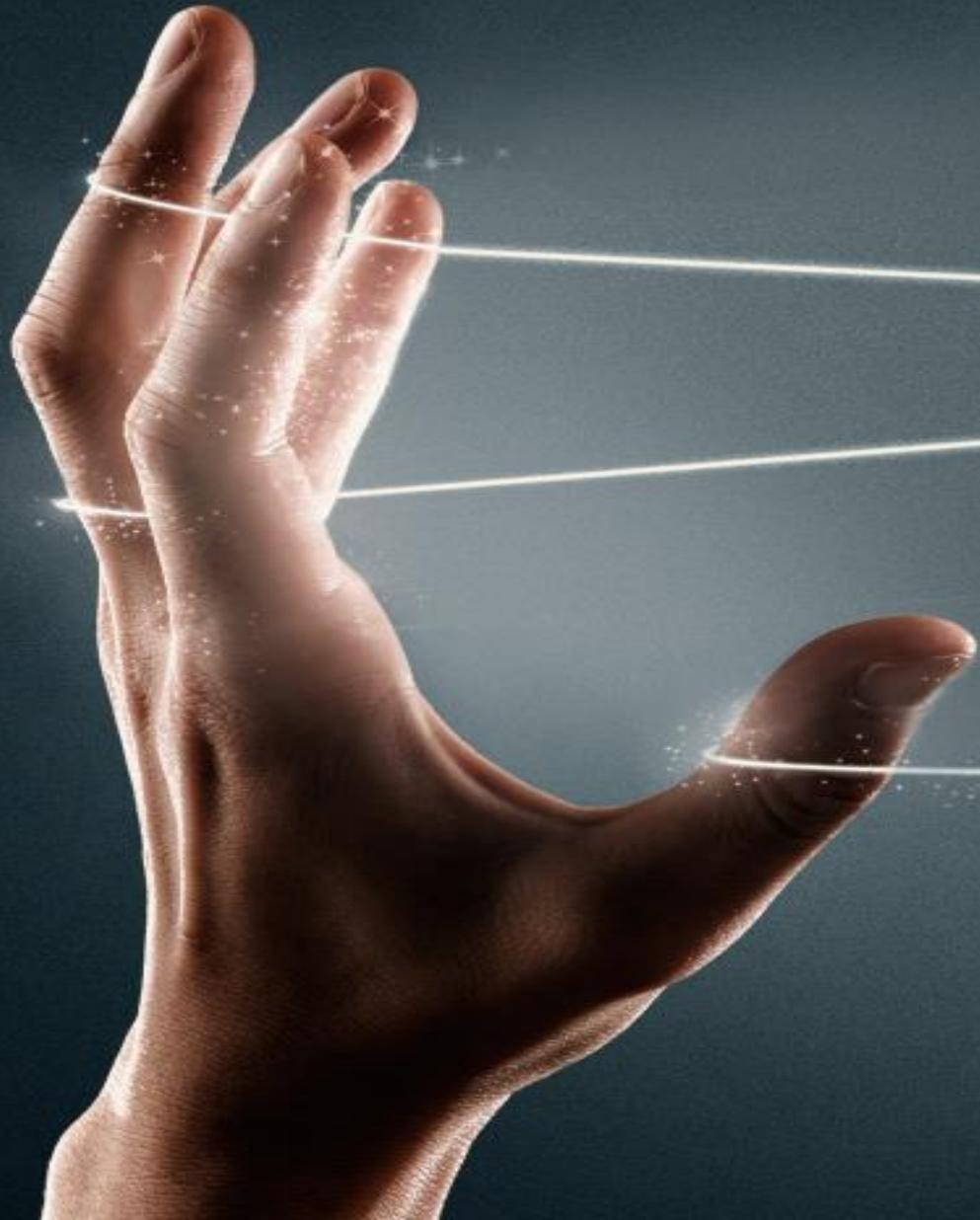
Astrid Isabel Arrieta Molinares
Médico Psiquiatra
Universidad Libre
Universidad del Rosario

Dr. ASTRID ARRIETA MOLINARES



- Médico Psiquiatra egresada de la Universidad Libre de pregrado, de la Universidad del Rosario de Psiquiatría, postgrado en Gerencia en Servicios de Salud, y Auditoria de la Norte.
- Directora del Programa de Medicina Universidad Libre
- Fue presidente de la Asociación Colombiana de Psiquiatría.
- Elaboración de políticas de Salud mental y suicidio. Fue Jefe de la sede Salud mental CARI ESE. T
- Trabajo de investigación de corte epidemiológico en salud pública con la IDF (Federación internacional de Diabetes), WDF (Federación Mundial de Diabetes), ganando dos convocatorias mundiales de investigación en Diabetes con el centro de investigación CIIS: DEMOJuan y Vida Nueva.
- Capítulo de libro perfil del victimario en el incesto investigación de Colciencias – Capítulo Trastornos de Ansiedad Generalizada Universidad de Antioquia Libro de Psiquiatría DEL CIB – Perfil del victimario – Pediatría en Red.
- Docente de pregrado y postgrado.
- Pertenece ala Red WARMI - CODAJIC

Miembro Asociación Colombiana de Psiquiatría, Grupo de trabajo Prevención de suicidio



AGENDA

Agenda

- Definición
- Factores de riesgo
- Signos de Alarma
- Etiología – Modelo cognitivo de Beck
- Evaluación
- Escalas
- Conclusiones

Definición

Se llama suicidio todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente de un acto positivo o negativo, realizado por la víctima misma, siendo que esta sabía que debía producir ese resultado. (*Durkheim 1858-1917*).

Suicidio proviene del latín: sui, «de sí mismo», y cidium, «-cidio». Este último es un elemento compositivo que implica la «acción de matar» y que surge de la raíz de caedĕre, «matar» (*Diccionario de la Real Academia Española*)

El suicidio es la muerte causada por un acto de autolesión destinado a ser letal (*American Foundation For Suicide Prevention Revisado/Modificado jul. 2023*)



Conceptos dentro de la conducta suicida



Ideación Suicida

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

Intento Suicida

Conductas o actos que intencionalmente busca el ser humano para causarse daño hasta alcanzar la muerte.

Gesto Suicida:

Acción destructiva no letal que se considera un pedido de ayuda o una intención por lograr un cambio en el entorno sin intenciones serias de quitarse la vida.



Clasificación del suicidio según E. Durkheim

Tipo de suicidio	Descripción
Egoísta	Este tiene lugar cuando los vínculos sociales son demasiado débiles para comprometer al suicida con su propia vida en la sociedad en la que radica. En ausencia de la integración de la sociedad, el suicida queda libre para llevar a cabo su voluntad de suicidarse. Su excesivo individualismo, producto de la desintegración social, no le permite realizarse en cuanto individuo social que es.
Altruista	Es el causado por una baja importancia de la individualidad. Es el tipo exactamente opuesto al egoísta o individualista. Durkheim pone el ejemplo de muchos pueblos primitivos, entre quienes llegó a ser moralmente obligatorio el suicidio de los ancianos cuando ya no podían valerse por sí mismos. Esta es la muerte por el grupo, es el suicidio también llamado heroico.
Anómico	Es aquel que se da en sociedades cuyas instituciones y lazos de convivencia se hallan en situación de desintegración o de anomia. En las sociedades donde los límites sociales y naturales son más flexibles, sucede este tipo de suicidios.
Fatalista	Es el que se produce allí donde las reglas a las que están sometidos los individuos son demasiado férreas, de modo que estos conciben y concretan la posibilidad de abandonar la situación en la que se hallan. Es el tipo exactamente opuesto al anómico.



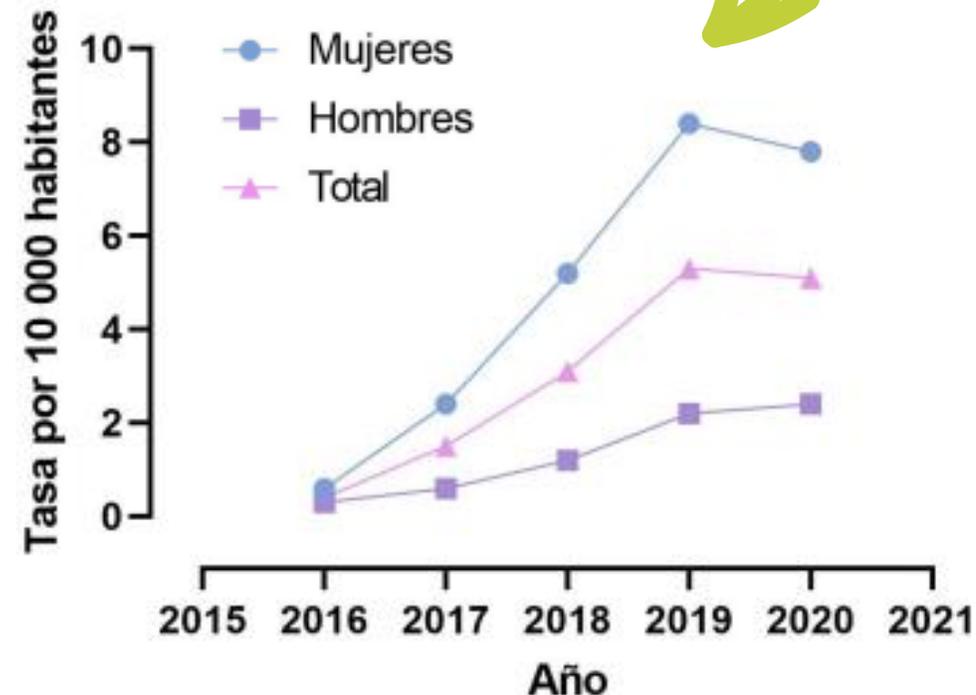
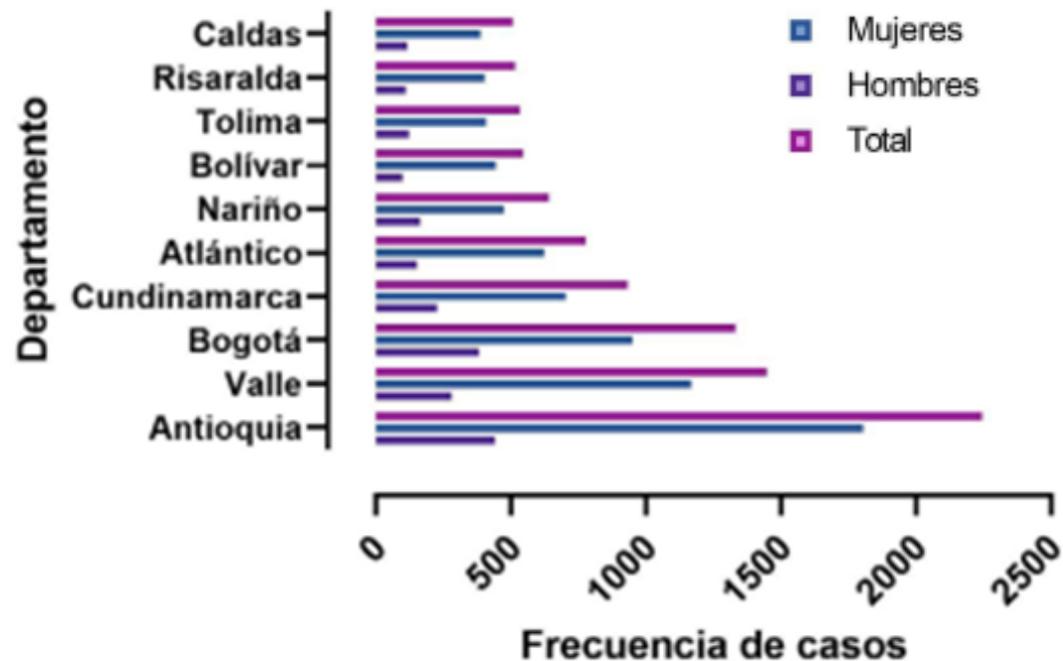
Conducta Parasuicida

- se refiere a una conducta de autolesión no habitual que potencialmente amenaza la vida pero que se realiza sin la intención quitarse la vida. Debido a que el comportamiento no es suicida, algunos autores prefieren el término “autolesión no suicida” (ANS)
- Los términos “autolesión intencional” o “autolesión deliberada” se utilizan sin distinguir entre una ANS y un intento de suicidio sin consecuencias fatales.



La Sociedad Española ~ de Urgencias de Pediatría (SEUP) analizó la evolución de los diagnósticos relacionados con alteraciones de la salud mental en 16 servicios de urgencias pediátricas (SUP). La comparación de los periodos marzo-2019 a marzo-2020 y marzo-2020 a marzo-2021

Epidemiología en Colombia



Los 10 departamentos con mayor número de reportes de intento de suicidio en niños y adolescentes de 6 a 17 años, Colombia 2016-2020.

Comportamiento de tasa por 10.000 habitantes de intento de suicidio en niños y adolescentes de 6 a 17 años, Colombia 2016-2020.



Epidemiología en Colombia

Casos reportados de intento de suicidio				
Variable	Mujeres n: 11.418 (79.5 %)	Hombres n=3.233 (21.1 %)	Total n=14.651	
Año	2016	269 (68.1 %)	126 (31.9 %)	395 (2.7 %)
	2017	1.113 (79.0 %)	296 (21.0 %)	1.409 (9.6 %)
	2018	2.418 (81.0 %)	567 (19.0 %)	2.985 (20.4 %)
	2019	3.945 (78.6 %)	1.071 (21.4 %)	5.016 (34.2 %)
	2020	3.673 (75.8 %)	1.173 (24.2 %)	4.846 (33.31 %)
Edad (de acuerdo con la clasificación del CDC 2021)	Niñez mediana (6 a 8 años)	17 (26.2 %)	48 (73.8 %)	65 (0.4 %)
	Preadolescencia (9 a 11 años)	169 (43.8 %)	217 (56.2 %)	386 (2.6 %)
	Adolescentes jóvenes (12 a 14 años)	1.607 (70.8 %)	622 (29.2 %)	2.269 (15.5 %)
	Adolescentes (15 a 17 años)	9.625 (80.7 %)	2.306 (19.3 %)	11.931 (81.4 %)

Quemba Mesa MP, Herrera Tarapues JC, Mendoza Ortiz A, Mendoza Ortiz B. Comportamiento epidemiológico del intento de suicidio en niños y adolescentes. Colombia 2016-2020. *Pediatr.* 2022;55(1):3-10.



Epidemiología en Colombia



Casos reportados de intento de suicidio				
Variable	Mujeres n: 11.418 (79.5 %)	Hombres n=3.233 (21.1 %)	Total n=14.651	
Condiciones de vulnerabilidad	Víctima de violencia armada	54 (75 %)	18 (25 %)	72 (8.6 %)
	A cargo del ICBF	178 (71.2 %)	72 (28.8 %)	250 (29.9 %)
	Migrantes	21 (87.5 %)	3 (12.5 %)	24 (2.9 %)
	Población indigente	10 (83.3 %)	2 (16.7 %)	12 (1.4 %)
	Discapacidad	235 (64.7 %)	128 (35.3 %)	363 (43.5 %)
	Desplazados	81 (75 %)	27 (25 %)	108 (12.9 %)
	Desmovilizados	5 (83.3 %)	1 (16.7 %)	6 (0.7 %)
Variables que presentan asociaciones significativas con el intento de suicidio				
Variables	OR	IC al 95%	p	
Ser mujer	3.69	3.83 – 3.88	0.019	
Vivir en la cabecera municipal	1.48	1.42 – 1.54	0.020	

Quemba Mesa MP, Herrera Tarapues JC, Mendoza Ortiz A, Mendoza Ortiz B. Comportamiento epidemiológico del intento de suicidio en niños y adolescentes, Colombia 2016-2020. *Pediatr.* 2022;55(1):3-10.



Epidemiología de la repetición

- ▶ 1-6% de pacientes mueren por suicidio luego del primer año de un intento¹
- ▶ El índice de repetición no fatal luego de 1 año fue del 16%²

1. Keith Hawton, Kees Van Heeringen. Suicide. Lancet 2009;373:1372-814

2. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines team for deliberate self-harm. 2004; 38: 868-884

Suicidio y hospitalización

- El riesgo suicida aumenta en los primeros **28 días** luego del alta de una hospitalización psiquiátrica
- **40%** de los suicidios ocurren antes de la revisión luego de una hospitalización
- **41%** de los suicidas han estado hospitalizados en el año previo

1/3 de los pacientes que
ingieren sobredosis han usado
medicación prescrita por un
médico

Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines
team for deliberate self-harm. 2004; 38: 868-884

Factores de riesgo asociados a la conducta suicida

Factores individuales

➤ Trastornos mentales

- Depresión
- T. bipolar
- T. psicóticos
- T. abuso alcohol/sustancias
- T. ansiedad
- T. conducta alimentaria
- T. personalidad, impulsividad, agresión

➤ Factores psicológicos

➤ Intentos previos de suicidio e ideación suicida

➤ Edad

➤ Género

➤ Factores genéticos y biológicos

➤ Enfermedad física o discapacidad

Factores familiares y contextuales

➤ Historia familiar previa de suicidio

➤ Eventos vitales estresantes

➤ Factores sociofamiliares y ambientales

- Apoyo sociofamiliar
- Nivel socioeconómico, educativo y situación laboral
- Etnia
- Religión

➤ Exposición (efecto "contagio")

Otros factores

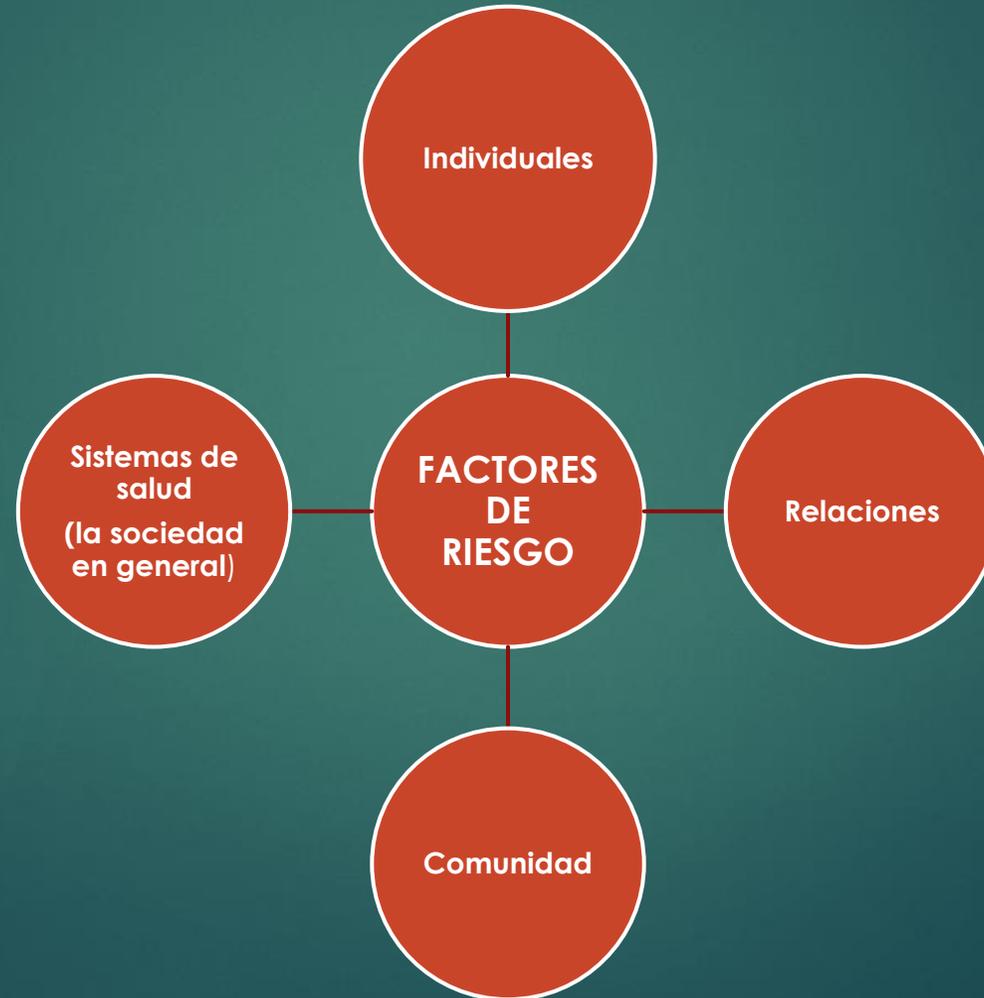
➤ Historia de maltrato físico o abuso sexual

➤ Orientación sexual

➤ Acoso por parte de iguales (adolescentes)

➤ Fácil acceso a armas/medicamentos/tóxicos

Factores de riesgo



Factores de riesgo

17

Individuales

Intentos de suicidio anteriores

Consumo nocivo de alcohol

Pérdida financiera

Dolor crónico

Antecedentes familiares de suicidio

Angustia emocional aguda, incluyendo impotencia, desesperación, baja autoestima, culpabilidad y vergüenza

Presencia de otros trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias

Sistemas de salud (la sociedad en general)

Barreras para obtener acceso a la atención de salud y para recibir el cuidado necesario

Fácil acceso a medios utilizables para suicidarse

Información inapropiada por los medios de comunicación que usan el suicidio con fines sensacionalistas y aumentan el riesgo de imitación de la conducta suicida

Estigma en contra de personas que buscan ayuda por comportamientos suicidas

Relaciones

- ▶ Sentimiento de soledad o aislamiento social
- ▶ Abuso
- ▶ Violencia
- ▶ Relaciones conflictivas

Comunidad

- ▶ Guerra y desastre
- ▶ Estrés por aculturación (por ejemplo, entre personas indígenas o desplazadas)
- ▶ Discriminación y estigmatización

Factores de
riesgo

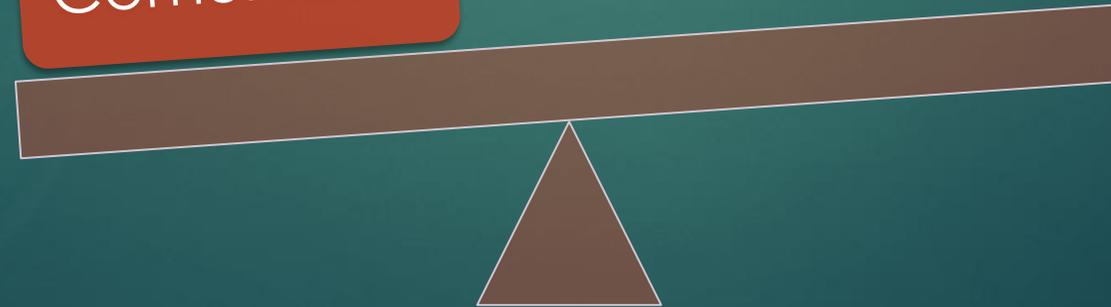
Factores
protectores

Individual

Relaciones

Salud

Comunidad



Factores de riesgo

Comunidad

Salud

Relaciones

Individual

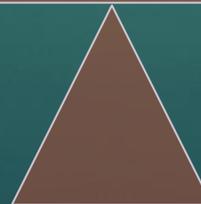
Factores protectores

Relaciones familiares y sociales

Creencias culturales y religiosas

Participación en la comunidad

Comportamientos previos



FACTORES DE RIESGO EN NIÑOS

- ▶ Fracaso escolar (5 % casos de suicidio)
- ▶ Bullying (5-10 % víctimas han pensado algún momento autoagresión)
- ▶ Soledad y aislamiento
- ▶ Baja autoestima
- ▶ Sentimientos excesivos de culpabilidad
- ▶ Consumo de sustancias psicoactivas.
- ▶ Intolerancia al fracaso
- ▶ Historia de abuso sexual y maltrato infantil

FACTORES PSICOSOCIALES

- ▶ Rasgos de impulsividad
- ▶ Estilo cognitivo inflexible e impulsivo
- ▶ Dificultades en toma de decisiones y resolución de conflictos
- ▶ Disregulación emocional
- ▶ Desesperanza

SIGNOS DE ALARMA

- Presencia de pensamientos o planes de autolesión en el último mes o acto de autolesión en el último año
- Alteraciones emocionales graves
- Desesperanza
- Agitación o extrema violencia
- Conducta poco comunicativa
- Aislamiento social



▶ *i*PANDEMIC!

FACTORES PROTECTORES

▶ SOCIALES/MEDIO AMBIENTALES

- ▶ Apoyo familiar y social
- ▶ Integración social
- ▶ Poseer creencias y prácticas religiosas, espiritualidad y valores positivos
- ▶ Adoptar valores culturales y tradicionales
- ▶ Recibir tratamiento integral a largo plazo
- ▶ Disponer de un sistema de ayuda

▶ INDIVIDUALES

- ▶ Habilidades de solución de problemas
- ▶ Tener habilidades sociales
- ▶ Flexibilidad cognitiva
- ▶ Tener hijos
- ▶ Nivel educativo alto-medio
- ▶ Hábitos de vida saludables
- ▶ Percepción de autoeficacia
- ▶ La capacidad de adaptación.
- ▶

PRECIPITANTES

- ▶ Son los acontecimientos vitales potencialmente estresantes asociados a la generación del suicidio.
- ▶ En Colombia:
 - ▶ Conflictos amorosos 56%
 - ▶ Problemas económicos 11.8%
 - ▶ Problemas jurídicos 9.8%
 - ▶ Enfermedad crónica 6.5%



Factores de riesgo

- Sexo femenino
- Solteros, viudos, separados
- Raza blanca
- Desempleado
- Vive solo
- Inmigrante
- Acceso a armas de fuego

- Profesión
- Enfermedad psiquiátrica
- Pérdida financiera o social
- Abuso de Sustancias
- Adolescentes
- Duelo por pérdida de una persona amada

- ▶ El más fuerte predictor son los intentos previos (40-60%)
- ▶ Abuso físico o sexual en la niñez
- ▶ Individuos expuestas a comportamiento similar por otras personas
- ▶ Hay aumento de comportamientos suicidas en grupos con gustos en común que hacen pactos de autolesionarse

- ▶ La frecuencia de intentos suicidas aumenta en el contexto del suicidio de una persona famosa o visto en un programa de televisión o película
- ▶ 41-70% de los adolescentes y adultos no asisten al seguimiento luego del alta

- Recibe noticias de mal pronóstico de una enfermedad médica
- Cuando la depresión empieza a mejorar con el tratamiento
- Cuando la familia se dispersa luego de unirse alrededor de un problema

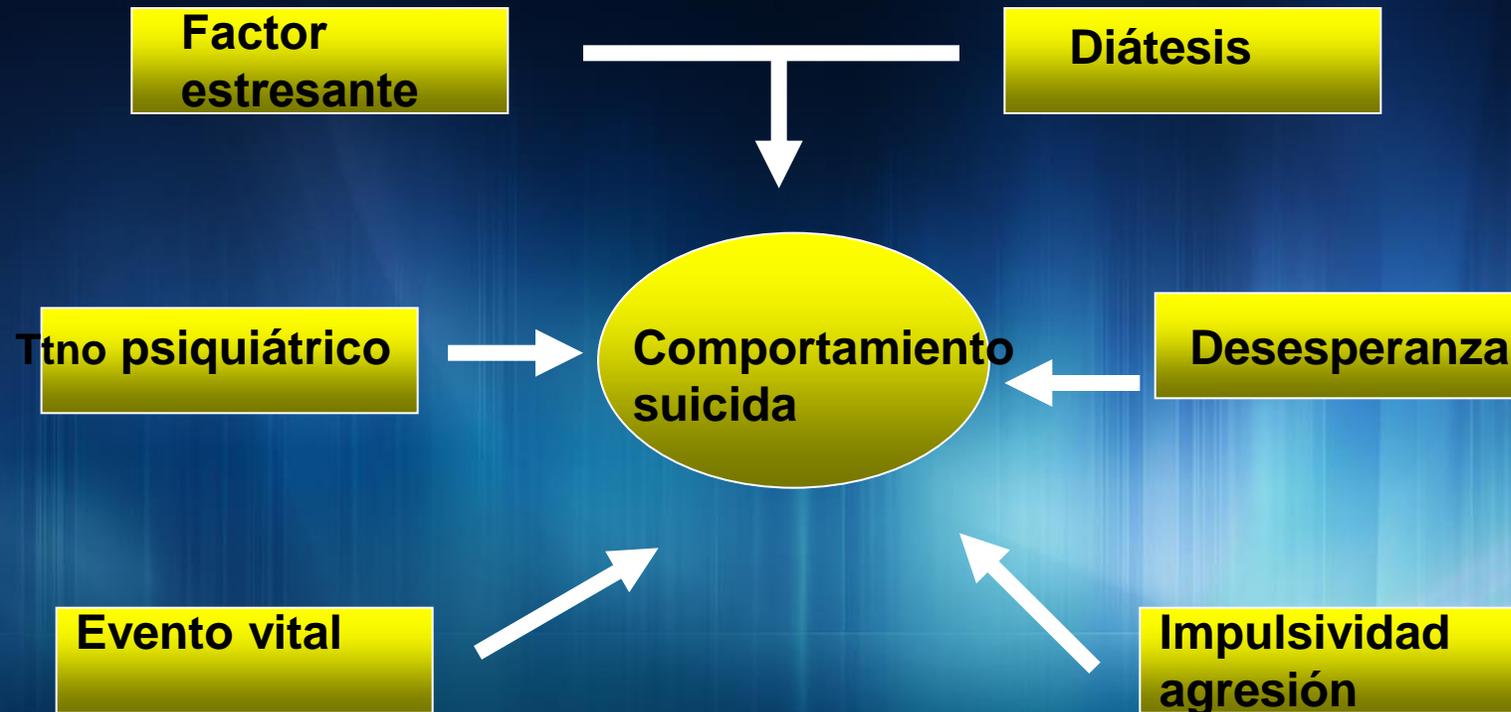
Asociación con alcoholismo y abuso de drogas

- La embriaguez es un común precursor de los intentos suicidas. 1/3 de pacientes con intento suicida abusan de drogas o alcohol
- El riesgo suicida permanece elevado luego de controlar la enfermedad psiquiátrica



Etiología

- Keith Hawton, Kees Van Heeringen. Suicide. Lancet 2009;373:1372-814



- Keith Hawton, Kees Van Heeringen. Suicide. Lancet 2009;373:1372-814

Modelo cognitivo de Beck

Hay tres factores comunes que ponen al sujeto en un mayor riesgo de tener una conducta suicida:

1. LA IMPULSIVIDAD
2. POBRE CAPACIDAD EN RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS
3. EXISTENCIA DE ESQUEMAS SOBRE SI MISMO Y EL MUNDO





Consideraciones neurobiológicas del suicidio.



Indicios relacionados con la genética del suicidio

Tabla 1 | Resultados de estudios de genes candidatos del metabolismo de serotonina en pacientes suicidas

PROTEÍNA	GEN	POLIMORFISMO	RESULTADO	AUTORES
Triptófano hidroxilasa	TPH1	A alelo del intrón 7 A779C	Asociado a un aumento de 5HIAA	¹⁴ Nielsen y cols., 1994.
	TPH1	Genotipo del intrón 7 A218C	Disminuido en corteza prefrontal	¹⁵ Ono y cols., 2002.
	TPH1	A alelo AA y AC genotipos	Riesgo aumentado para suicidio	¹⁶ Rujescu y cols., 2003.
	TPH1	A218C/A779C	Asociado con suicidio	¹⁷ Saetre y cols., 2010.
	TPH1	<i>Id.</i>	No asociado a suicidio	¹⁸ Zill y cols., 2009.
	TPH2		Aumentado en suicidas	¹⁹ Bach-Mizrachi y cols., 2008.
	TPH2		Sin cambios en suicidas	²⁰ De Luca y cols., 2006.



Indicios relacionados con la genética del suicidio



Transportador de serotonina	SLC6A4		Disminuido en suicidas	²¹ Arango y cols. 1995.
			<i>Id.</i>	²² Austin y cols., 2002.
			<i>Id.</i>	²³ Mann y cols., 1996.
			No disminuido en pacientes suicidas	²⁴ Little y cols., 1997.
		HTTLPR (alelo corto)	No asociado a suicidio	²⁵ Wasserman y cols., 2007.
		HTLLPR (alelo largo)	Riesgo disminuido de suicidio	²⁶ Li y He, 2007.
Receptor de serotonina	HTR1A	G alelo de alta expresión (promotor C1019G9)	Sobrerrepresentado en intento de autoeliminación	²⁷ Lemonde y cols., 2003.
		<i>Id.</i>	No diferente en suicidio	²⁸ Huang y cols., 2004.
	HTR1B	G 861C	Sin cambios en suicidio	²⁹ Kia-Keating y cols., 2007.
		T-261G y A-161T	Asociado a ideación suicida	³⁰ Wang y cols., 2009.
	HTR2A		Aumentado en suicidio	³¹ Cheethman y cols., 1988; ³² Lowther y cols., 1994; ³³ Arango y cols., 2003.
		T102C	No relación con intento suicida	³⁴ Li y He, 2007.
A alelo		Protegen de suicidio	³⁴ Li y He, 2007.	



Hipótesis moleculares

Se marcan las principales etapas del metabolismo de la serotonina a nivel terminal:

La síntesis por la enzima triptófano hidroxilasa (tph)

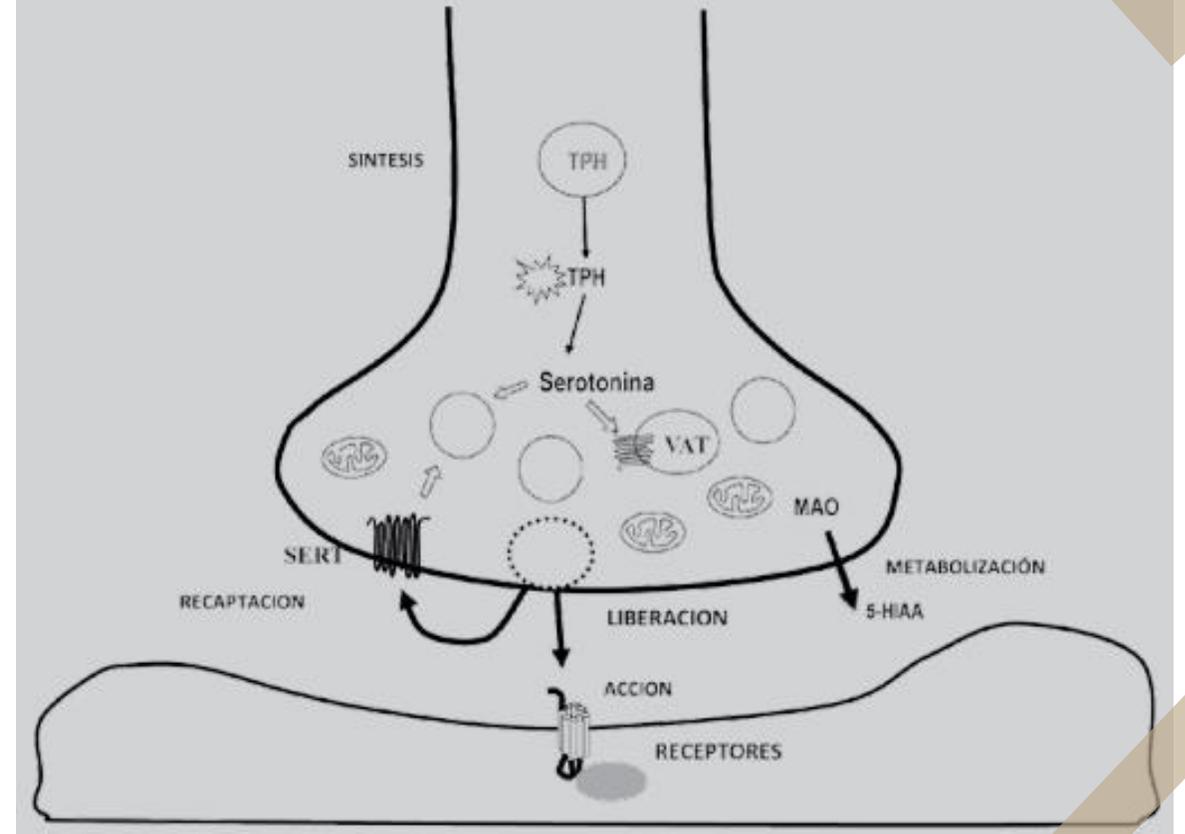
La acumulación en vesículas, ayudada por el transportador vesicular (vat).

La liberación al espacio sináptico (liberación).

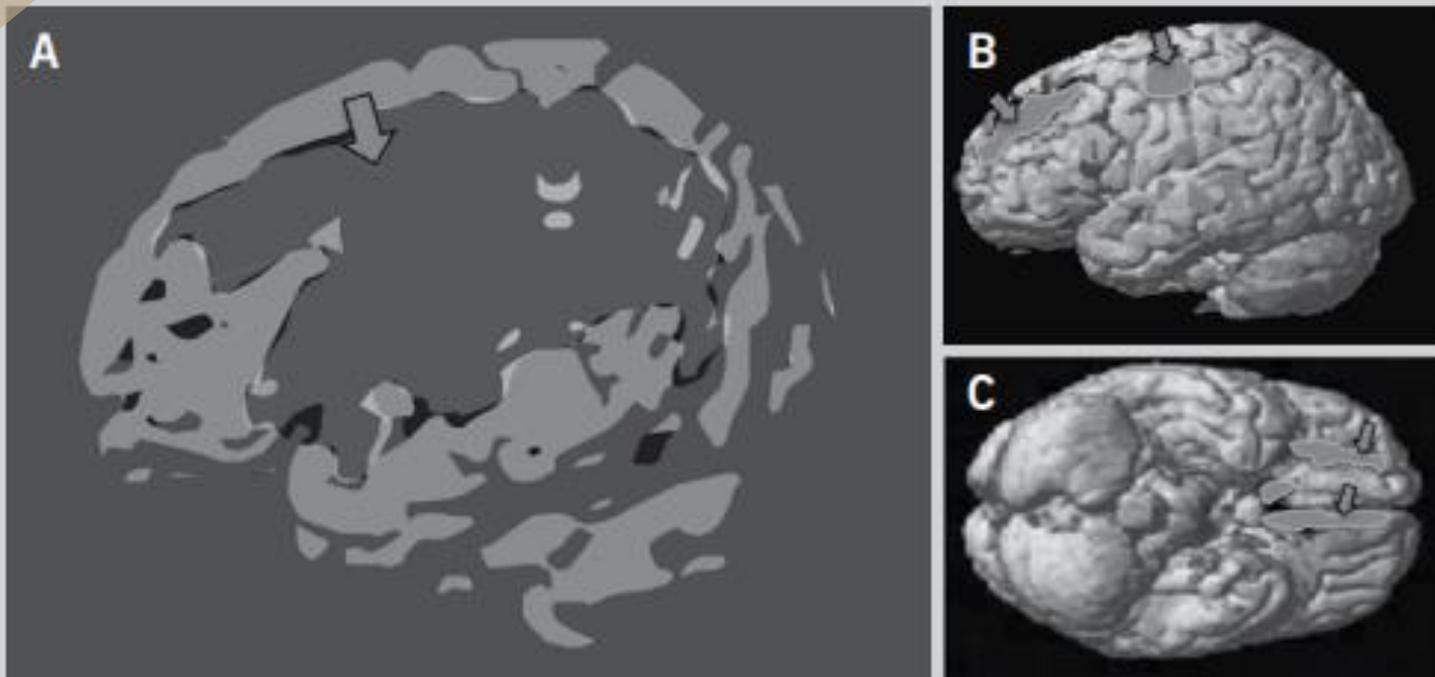
La recaptación por los recaptadores de serotonina (sert).

La acción a nivel de los receptores postsinápticos y la metabolización por la monoamino oxidasa (mao).

Figura 2 | Esquema de una sinapsis serotoninérgica



Estudios de spect.



Se observa la amplia zona de hipometabolismo cortical (A) y las zonas específicas de cambios observados en suicidas en comparación con pacientes depresivos sin ideación suicida en las regiones prefrontales dorsales (flechas, B) o en las regiones prefrontales basales y orbitales (flechas, C). (Dibujo a partir del original) (Willeumier K, Taylor DV, Amen DG. Decreased cerebral blood flow in the limbic and prefrontal cortex using spect imaging in a cohort of completed suicides. *Transl Psychiatry* 2011; 1:1-28).

Las regiones identificadas en los cerebros suicidas fueron el precúneo, los lóbulos frontales, el opérculo rolándico y área postcentral, el caudado putamen y la ínsula.

Estas dos últimas zonas coinciden con lo observado en cerebro de pacientes depresivos, con disminución de volumen.





Evaluación del riesgo

Entrevista psiquiátrica

- Evaluación del estado mental
- Actitud ante la entrevista
- Lograr confianza del paciente
- Evitar juzgar los actos del paciente
- Evitar conductas punitivas
- Inducir una alianza terapéutica

Evaluación clínica de síntomas depresivos en adolescentes



Síntomas y signos de depresión en niños y adolescentes

Los niños, en comparación con los adolescentes, tienen mayores dificultades para representar sus estados internos y muestran depresión a través de síntomas conductuales, somáticos (dolor abdominal, estreñimiento o cefalea) y afecto irritable. En cambio, los adolescentes, aunque en ocasiones presentan los síntomas anteriores, muestran otros que son más similares a los experimentados por los adultos.

- Irritabilidad.
- Pérdida de interés en las actividades cotidianas.
- Agitación psicomotora o pérdida de energía.
- Baja concentración e indecisión.
- Insomnio e hipersomnia.
- Pérdida o aumento de peso.
- Desesperanza e ideas de minusvalía y culpa.
- Síntomas somáticos (cefalea, dolor abdominal o constipación) crónicos con baja respuesta a tratamientos.
- Pensamientos de muerte.

Signos de depresión en el colegio:

- Ausencias frecuentes.
- Retrasos excesivos.
- Baja concentración.
- Dificultad para realizar las tareas asignadas.
- Llorando en clase.
- Dificultad para adaptarse a los cambios.
- Pobre participación en actividades escolares.
- Dificultad de interacción con los compañeros.
- Actitud provocativa.
- Inquietud y nerviosismo.
- Aislamiento y mutismo.

Evaluación clínica en adolescentes



Acrónimo SALVE VIDA

Sustancias psicoactivas: búsqueda de tóxicos y sustancias en orina y sangre.

Abuso sexual: indague sobre abuso y active la ruta específica en caso de encontrarlo.

Letalidad: exámenes renales y hepáticos en las intoxicaciones; imágenes diagnósticas en los traumatismos. Recordar comunicación con línea toxicológica.

Violencia intrafamiliar: interrogue y sospeche la presencia de violencia intrafamiliar. Activar la ruta respectiva.

Embarazo.

Víctima de matoneo.

Internet: buscar en redes sociales e internet mensajes relativos con la conducta suicida, además de pares o amigos potencialmente en riesgo.

Depresión: evaluar la presencia de depresión, incluso en la escuela (tabla 19-6) y de distorsiones depresivas, especialmente la desesperanza.

Ansiedad: realice una evaluación de síntomas ansiosos; la ansiedad puede precipitar intentos suicidas (ver el capítulo correspondiente).

Realización de un adecuado examen mental

Elementos esenciales del examen mental en el servicio de emergencia	
Orientación	Determinar el grado de conciencia y orientación en todas las esferas: persona, lugar, tiempo y espacio.
Apariencia	Valorar la talla, la higiene personal, la postura y la marcha.
Memoria	Evaluar la memoria a corto y largo plazo.
Cognición	Valorar la inteligencia y la habilidad para pensar de acuerdo con la edad.
Comportamiento	Observar las actividades y su concordancia con la edad, valorar el grado de distracción y la capacidad para manejar la ira.
Habilidad para relacionarse	Valorar la habilidad para relacionarse con el examinador basado en el contacto visual, la conversación espontánea, la confianza y el deseo de buscar aprobación.
Lenguaje	Evaluar la espontaneidad del discurso, la coherencia, la articulación, el contenido y la calidad de los procesos mentales.
Afecto	Determinar el estado general del afecto y observar las fluctuaciones.
Pensamiento y sensopercepción	Determinar el contenido, buscar los temas predominantes e indagar alucinaciones, ideas de grandiosidad, tendencias homicidas o suicidas del pasado o presente.
Introspección	Evaluar el grado de comprensión del problema actual y la habilidad del niño para pensar antes de actuar.
Fortalezas	Determinar áreas de interés y de motivación para desarrollar intervenciones positivas.
Síntesis	Integrar la información previamente descrita en una descripción comprensible para el niño.

Consideraciones para evaluación clínica



Los diez pasos en los servicios de urgencias

1. Evaluar el perfil de riesgo del adolescente.
2. Evaluar el estado mental del adolescente.
3. Involucrar a los padres si es posible.
4. Ofrecer psicoeducación sobre el riesgo de suicidio y la condición psicológica subyacente.
5. Considerar la necesidad de hospitalización.
6. Considerar la participación de otros profesionales y servicios de salud.
7. Desarrollar un plan de seguridad o referir a un médico de salud mental que pueda brindarle esto.
8. Considerar la posibilidad de medicación psicotrópica e intervención psicosocial para tratar enfermedades mentales subyacentes.
9. Documentar la evaluación de riesgos, el estado mental, el plan de seguridad y las personas contactadas.
10. Hacer arreglos para su revisión con el adolescente y la familia.

Creación del plan de seguridad

Componentes clave de los planes de seguridad

- Mejorar calidad de relaciones interpersonales.
- Crear estrategias internas de control.
- Involucrar a amigos y familiares para distraer a los adolescentes de la ideación suicida.
- Involucrar a la familia en la resolución de problemas.
- Trabajo interdisciplinario con los profesionales de salud mental.
- Restringir el acceso del adolescente a métodos letales.

Objetivos para la prevención del suicidio y autolesiones

- Mejorar la predicción del riesgo de suicidio en adolescentes.
- Desarrollar una mejor comprensión del significado (o significados) de la autolesión al individuo y cómo esto se relaciona con la gestión clínica.
- Mayor identificación de los subtipos de individuos que se autolesionan, adaptando los tratamientos en consecuencia.

Valoración del riesgo

Letalidad, impulsividad, evitación

Persistencia de pensamiento

Plan, disponibilidad

AF suicidio

Soporte social

Intento previo

Eventos vitales

Capacidad resolución de problemas

Capacidad de hacer alianza tto

Copia de estilos

Enf. psiquiátrica

Motivos para la hospitalización

- Garantizar evaluación por especialista
- Proporcionar cuidado estrecho al paciente
- Dar medio ambiente adecuado
- Disminuir la desesperanza
- Entrevistar familiares y amigos
- Realizar manejo multidisciplinario
- Enganchar al paciente en un tratamiento y seguimiento

Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines team for deliberate self-harm. 2004; 38: 868-884

Riesgo	Sintomas	Evaluacion	Accion
0	No hay peligro		
1	Perturbado emocionalmente	Indagar sobre pensamientos suicidas	Escuchar con empatia
2	Vagas ideas de muerte	Indagar sobre pensamientos suicidas	Escuchar con empatia
3	Vagos pensmientos de suicidio	Valorar el intento	Explorar posibilidades Identificar apoyo
4	Ideas suicidas, pero sin trastornos psiquiatricos	Valorar el intento	Explorar posibilidades Identificar apoyo



TENGO MIEDO

“...Todo desaparece ante el miedo. El miedo, Cesonia; ese bello sentimiento, sin aleacion, puro y desinteresado; uno de los pocos que saca su nobleza del vientre”.

Albert Camus

A high-speed photograph of a water splash, showing a large, dark, circular splash in the foreground and several smaller droplets in the air above it. The background is a gradient of blue, from light at the top to dark at the bottom.

Escalas de valoración

Paso 1 – Optimice desde el inicio

Obtenga un valor inicial para el tratamiento basado en la medición

- ▶ Utilice tratamiento basado en la medición para obtener un basal y monitorear en forma continua el progreso del paciente¹

Ejemplo de escalas de resultados validadas		
Resultado	Basada en el clínico	Basada en el paciente
Síntomas	<ul style="list-style-type: none">○ Escala de Calificación de la Depresión de Hamilton (HAM-D, HAM-D₇)○ Escala de Calificación de la Depresión de Montgomery-Asberg (MADRS)○ Inventario de la Sintomatología Depresiva (IDS)	<ul style="list-style-type: none">○ Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9)○ Inventario Rápido de la Sintomatología Depresiva, Autoevaluación (QIDS-SR)○ Escala Clínicamente Útil para los Resultados en la Depresión (CUDOS)
Funcionalidad	<ul style="list-style-type: none">○ Escala Multidimensional de la Funcionalidad Independiente (MSIF)○ Escala de Evaluación de la Discapacidad de la OMS (WHO-DAS)○ Escala de la Evaluación de la Funcionalidad Social y Ocupacional (SOFAS)	<ul style="list-style-type: none">○ Escala de Discapacidad de Sheehan (SDS)○ WHO-DAS, autoevaluación○ Escala de Ausentismo y Productividad Laboral de Lam (LEAPS)
Efectos secundarios	<ul style="list-style-type: none">○ Escala de Calificación de los Efectos Secundarios del UKU	<ul style="list-style-type: none">○ Calificación de la Frecuencia, Intensidad y Carga de los Efectos Secundarios (FIBSER)
Calidad de vida	<ul style="list-style-type: none">○ Entrevista de Calidad de Vida (QOLI)	<ul style="list-style-type: none">○ Cuestionario de Calidad de Vida, Disfrute y Satisfacción (QLESQ)○ EuroQol-5D (EQ-5D)

▶ Referencia: 1. Lam RW, et al. *Can J Psychiatry*. 2016;61(9):510-523.

Adaptado de Lam RW, et al: 2016



Evalúe la remisión con las
**escalas de
calificación**
de la severidad de los
síntomas depresivos^{1,2}

La definición objetiva de la remisión requiere de escalas validadas para calificar la severidad de los síntomas del paciente:^{1,2,3,4,5}

- El puntaje de la Escala de Calificación de la Depresión de Hamilton de 17 ítems (HAM-D₁₇ ≤ 7)
- La Escala de Calificación de Depresión de Montgomery-Åsberg (MADRS) ≤ 10
- El Inventario Rápido de Sintomatología Depresiva de 16 ítems Autoevaluación (QIDS-SR16) puntaje ≤ 6
- El Inventario de Depresión de Beck (BDI) puntaje ≤ 8
- El Cuestionario de Salud del Paciente de 9 ítems (PHQ-9) puntaje < 5





Available online at www.sciencedirect.com

SCIENCE @ DIRECT®

General Hospital Psychiatry 28 (2006) 323–329

General
Hospital
Psychiatry

Emergency Psychiatry in the General Hospital

The emergency room is the interface between community and health care institution. Whether through outreach or in-hospital service, the psychiatrist in the general hospital must have specialized skill and knowledge to attend the increased numbers of mentally ill, substance abusers, homeless individuals, and those with greater acuity and comorbidity than previously known. This Special Section will address those overlapping aspects of psychiatric, medicine, neurology, psychopharmacology, and psychology of essential interest to the psychiatrist who provides emergency consultation and treatment to the general hospital population.

Routine use of the Beck Scale for Suicide Ideation in a psychiatric emergency department

Daniel J. Healy, M.D.^{a,*} Kris Barry, Ph.D.^{b,c}, Frederic Blow, Ph.D.^{b,c},
Deborah Welsh, M.S.^c, Karen K. Milner, M.D.^a

General Hospital Psychiatry 28 (2006) 323–329

- Toma 5-10 minutos en la realización
- Se responde en una escala de 0-2, siendo 2 la más severa
- Es un instrumento de auto reporte
- Es una herramienta de tamizaje para la ideación suicida

Validación del “inventario de razones para vivir” (RFL) en sujetos con conducta suicida de Colombia*

Jenny García Valencia¹, Carlos Alberto Palacio Acosta²,
Gabriel Vargas³, Samuel Arias⁴, María Victoria Ocampo⁵,
Beatriz Aguirre⁶, Sergi Casals⁷, Jorge Calle⁸, Diana Restrepo⁹,
Carlos Alberto López Jaramillo¹⁰, Jorge Carlos Holguín Lew¹¹,
María Cecilia López Tobón¹², Patricia Montoya Guerra¹³,
Juan Carlos Arango Viana¹⁴, Héctor García¹⁵

Rev. Colomb. Psiquiat., vol. 38 / No. 1 / 2009

- Fácil comprensión y aplicación
- Se basa en teorías cognitivas del comportamiento suicida
- Toma mucho tiempo aplicarla (28.2 +/- 16.5 min)
- Alta confiabilidad
- Alta validez de constructo: diferencias significativas entre pacientes de alto y bajo riesgo

Dominio

1. Creencia en la vida y capacidad de afrontamiento

2. Miedo a la muerte y la desaprobación social

3. Responsabilidad con la familia

4. Preocupación por los hijos

5. Percepción de incapacidad para el suicidio

6. Objeciones morales

Escala SAD PERSONS

Diseñada para proporcionar un instrumento sencillo para valorar la necesidad de hospitalización de un paciente con alto riesgo suicida

Su nombre es acrónimo en inglés de los principales factores de riesgo

Tres o más puntos: valorar hospitalización

Mayor de 6: hospitalizar

ESCALA SAD PERSONS

S sex

A age

D depression

P previous attempt

E ethanol abuse

R rational thinking loss

S social support lacking

O organized plan

N no spouse

S sickness

ESCALA SAD PERSONS

	SI	NO
S: Sexo masculino.		
A: Edad (Age) < 20 o >45 años.		
D: Depresión.		
P: Tentativa suicida previa.		
E: Abuso de alcohol.		
R: Falta de pensamiento racional (psicosis o trastornos cognitivos).		
S: Carencia de apoyo social.		
O: Plan organizado de suicidio.		
N. No pareja o cónyuge.		
S: Enfermedad somática.		
Puntuación		

- ▶ De 0 a 2: Bajo riesgo: Alta médica al domicilio con seguimiento ambulatorio.
- ▶ De 3 a 4: Riesgo moderado: Seguimiento ambulatorio intensivo, considerar ingreso.
- ▶ De 5 a 6: Riesgo alto: Recomendado ingreso sobre todo si hay ausencia de apoyo social.
- ▶ De 7 a 10. : Ingreso obligado incluso en contra de su voluntad.

PHQ - 2

- El PHQ - 2 consta de las 2 primeras preguntas del PHQ - 9.
 - Las puntuaciones van de 0 a 6.
 - El punto de corte recomendado es una puntuación de 3 o más.
 - Las acciones recomendadas para las personas con una puntuación de 3 o más son una de las siguientes:
 - Administrar el PHQ - 9 completo.
 - Realizar una entrevista clínica para evaluar el trastorno depresivo mayor.

1. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. El Cuestionario de salud del paciente - 2: Validez de dos ítems Detector de depresión. Med Care. 2003, noviembre; 41 (11): 1284-92.

2. Kroenke K (1), Spitzer RL, Williams JB, Löwe B. El cuestionario de salud del paciente Somático, ansiedad y Escalas de síntomas depresivos: una revisión sistemática. Psiquiatría Gen Hosp. 2010 julio-agosto; 32 (4): 345-59.

PHQ -9

CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE-9 (PHQ-9)

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?
(Marque con un " " para indicar su respuesta)

	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3
5. Sin apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8. ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + _____ + _____ + _____

=Total Score: _____



dormido(a), o ha dormido demasiado

4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3
5. Sin apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8. ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + + +

=Total Score:

Si marcó cualquiera de los problemas, ¿qué tanta dificultad le han dado estos problemas para hacer su trabajo, encargarse de las tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas?

No ha sido difícil	Un poco difícil	Muy difícil	Extremadamente difícil
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Elaborado por los doctores Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke y colegas, mediante una subvención educativa otorgada por Pfizer Inc. No se requiere permiso para reproducir, traducir, presentar o distribuir.

Respuesta inicial después de 4 a 6 semanas de una dosis adecuada a un antidepresivo^{1,2}



Respuesta al tratamiento:

Adecuada

Plan de tratamiento:

- No se requiere un cambio en el tratamiento
- Seguimiento en 4 semanas



Respuesta al tratamiento:

Probablemente inadecuada

Plan de tratamiento:

- A menudo amerita un aumento en la dosis del antidepresivo



Respuesta al tratamiento:

Inadecuada

Plan de tratamiento:

- Aumentar la dosis, usar agentes de refuerzo, cambiar de terapia, referir para una consulta con el psiquiatra, o agregar el asesoramiento psicológico

Respuesta inicial al asesoramiento psicológico después de 3 sesiones a lo largo de 4 a 6 semanas



Respuesta al tratamiento:
Adecuada

Plan de tratamiento:

- No se requiere un cambio en el tratamiento
- Seguimiento en 4 semanas



Respuesta al tratamiento:
Probablemente inadecuada

Plan de tratamiento:

- Posiblemente no se requiere un cambio en el tratamiento.
- Comparta la escala PHQ-9 con el psicólogo



Respuesta al tratamiento:
Inadecuada

Plan de tratamiento:

- Para la depresión (CBT, PST o IPT), conversar con el terapeuta. Considerar la adición de una terapia antidepresiva.
- Si el paciente está satisfecho con otro tipo de asesoramiento psicológico, considerar el inicio de un antidepresivo.
- Si el paciente no está satisfecho con otro asesoramiento psicológico, revisar las opciones y preferencias para el tratamiento.

Adaptado del Cuestionario sobre la Salud de los Pacientes en Referencia a la Depresión (PHQ-9, Patient Health Questionnaire for Depression).

CBT= terapia cognitiva y del comportamiento (cognitive-behavioural therapy); PST= tratamiento para resolver problemas (problem solving treatment); IPT= terapia interpersonal (interpersonal therapy). Adaptado del Cuestionario para la Evaluación en Atención Primaria de los Trastornos Mentales y la Salud de los Pacientes (PRIME-MD PHQ, Primary Care Evaluation of Mental Disorders Patient Health Questionnaire), desarrollado por los doctores Robert L Spitzer, Janet BW Williams, Kurt Kroenke y colaboradores, con un aporte educacional de la compañía Pfizer inc.

En busca de información sobre la investigación, contacte con el Dr. Spitzer en [ris8@columbia.edu.com](mailto:ris8@columbia.edu)

Valor de la respuesta en el cuestionario PHQ-9^{1,2}

Para nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
0 puntos	1 punto	2 puntos	3 puntos

Determinando el puntaje de severidad²

- 1 Solicite al paciente que llene el cuestionario.
- 2 Sume los puntajes dentro de cada columna.
- 3 Para obtener el puntaje de la severidad, sume los totales de cada una de las tres columnas.

¿Qué significa el Puntaje de Severidad?²

¿Qué significa el Puntaje de Severidad?²

Puntaje de Severidad en el Instrumento PHQ-9	Severidad de la depresión
0-4	Mínima
5-9	Leve
10-14	Moderada
15-19	Moderadamente severa
20-27	Severa

1. https://www.depression-primarycare.org/clinicians/toolkits/materials/forms/phq9/treatment_response/ Se accedió el 24/08/2020.

2. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. J Gen Intern Med. 2001;16(9):606-613. doi:10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x.

**¡HAY QUE PREGUNTAS
QUE SALVAN VIDAS!**

10

DE SEPTIEMBRE

DÍA MUNDIAL DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

#PrevenirEsPreguntar

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE
PSIQUIATRÍA

Depresión: una ayuda para la comunidad

ASTRID ARRIETA

Caja de herramientas para el
manejo de la depresión

Unidos frente a la depresión



INDICE

INTRODUCCIÓN

CONOCIENDO LA DEPRESIÓN

- ¿Qué es?
- Síntomas
- Causas

ANTEOJOS PARA LA DEPRESIÓN

- Ruta de atención (PHQ-9)
- Tratamientos para la depresión

SALVAVIDAS: TÉCNICA DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

- Estilos de solución de problemas
- Pasos para la realización de la técnica
- Dificultades que se pueden presentar en el proceso

FORO LECTOR

- Indicaciones del foro

EQUIPO DE LA CARTILLA

Te presentamos a los integrantes que hicieron parte de este proyecto.



Laura C. Restrepo Castillo
Psicóloga

Juan F. Quintero Wiedman
Psicólogo

Andrea Otero Ospina
Médico psiquiatra

Mauricio de la Espriella Perdomo
Médico psiquiatra

Zully C. Prado Salcedo
Residente de psiquiatría

Lina M. Arango Garcia
Residente de psiquiatría

María X. Bustamente Morales
Residente de psiquiatría

Luis M. Ortiz Castañeda
Publicista

Astrid I. Arrieta Molinares
Psq. Presidenta de la Asociación
Colombiana de Psiquiatría



La salud
es de todos

Minsalud



10 de Septiembre
Día mundial de la prevención contra el suicidio

CAJA DE HERRAMIENTAS PARA EL MANEJO DEL DUELO EN ÉPOCA DEL COVID-19

DUELO

**ASTRID ARRIETA MOLINARES
M.D. PSIQUIATRA**

[#PrevenirEsPreguntar](#)

©





AUDIT

AUDIT

1

Page 1

2

Page 2

3

Page 3

El AUDIT es una prueba psicológica diseñada para evaluar el nivel de dependencia del consumo de alcohol y posibles problemáticas asociadas. A continuación encontrará una serie de preguntas que le preguntarán por la frecuencia de ciertos comportamientos en el curso del último año. Recuerde que estos datos tienen un fin exclusivamente investigativo, por lo que se garantiza su total confidencialidad. Por favor, responda de la manera más sincera posible.

1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica? *

-Select-



2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal? *

-Select-



3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un día? *

-Select-



Test AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)

Proyecto de la OMS que ha sido validado en España, para detectar tanto consumos de riesgo como dependencia alcohólica; identifica los trastornos debidos al consumo no responsable de alcohol.

1.	¿Con qué frecuencia consumes bebidas alcohólicas?	Nunca (0) Una o menos veces al mes (1) 2 a 4 veces al mes (2) 2 o 3 veces a la semana (3) 4 o más veces a la semana (4)
2.	¿Cuántas bebidas alcohólicas consumes normalmente cuando bebes?	1 o 2 (0) 3 o 4 (1) 5 o 6 (2) 7 a 9 (3) 10 o más (4)
3.	¿Con qué frecuencia te tomas 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?	1 o 2 (0) 3 o 4 (1) 5 o 6 (2) 7 a 9 (3) 10 o más (4)
4	¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, has sido incapaz de parar de beber una vez que habías empezado?	Nunca (0) Menos de una vez al mes (1) Mensualmente (2) Semanalmente (3) A diario o casi a diario (4)

5	¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, no pudiste atender tus obligaciones porque habías bebido?	Nunca (0) Menos de una vez al mes (1) Mensualmente (2) Semanalmente (3) A diario o casi a diario (4)
6	¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, has necesitado beber en ayunas para recuperarte después de haber bebido mucho el día anterior?	Nunca (0) Menos de una vez al mes (1) Mensualmente (2) Semanalmente (3) A diario o casi a diario (4)
7	¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, has tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	Nunca (0) Menos de una vez al mes (1) Mensualmente (2) Semanalmente (3) A diario o casi a diario (4)
8	¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, no has podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque habías estado bebiendo?	Nunca (0) Menos de una vez al mes (1) Mensualmente (2) Semanalmente (3) A diario o casi a diario (4)
9	Tú o alguna otra persona, ¿habéis resultado heridos porque habías bebido?	Nunca (0) Menos de una vez al mes (1) Mensualmente (2) Semanalmente (3) A diario o casi a diario (4)

10

¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario han mostrado preocupación por tu consumo de alcohol, o te han sugerido que dejes de beber?

No (0)

Sí, pero no en el curso del último año (2)

Sí, en el último año (4)

Interpretación de resultados: La puntuación oscila entre 0 y 40 puntos como máximo. A mayor número de puntos, mayor dependencia. Si tu puntuación es mayor de 8, puede ser síntoma de padecer algún problema relacionado con el alcohol. Este cuestionario no es determinante.

En todo caso, para verificar la identificación de un problema relacionado con el abuso de alcohol, es conveniente acudir al especialista.

Casi siempre: (2 puntos); Algunas veces. (1 punto); Casi nunca: (0 puntos).

Conclusiones

- La valoración clínica aislada no es la más adecuada, así que se recomienda seguimiento con un grupo multidisciplinario
- La conducta suicida es producto de una interrelación entre factores genéticos y del medio ambiente
- Tener presente el perfil de seguridad del medicamento antes de ordenarlo en un paciente con riesgo suicida
- Conocer y preguntar acerca de los factores de riesgo en el paciente

Conclusiones

- No se conoce el efecto de la hospitalización sobre la prevención, pero es claro que permite una mejor evaluación, promueve la adherencia y el seguimiento.
- Existe una estrecha y reconocida relación entre la enfermedad mental y el espectro de conductas suicidas.
- Es necesario la educación a médicos de atención primaria y población para identificar los factores de riesgo
- Es importante sensibilizar al grupo médico para la evaluación del riesgo suicida.

