

SUICIDIO E INTENTO DE AUTOELIMINACIÓN, EN EL URUGUAY HOY

Margarita Garay¹
Luz Vázquez²

Resumen

El suicidio es la novena causa de muerte en el mundo y ocupa el primer lugar en Sudamérica. En el Uruguay la cifra es de 17 por cada 100.000 habitantes, la más alta de Sudamérica después de Guayana.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) por cada suicidio puede haber entre 10 y 40 Intentos de Autoeliminación, siendo éste uno de los más potentes predictores de suicidio. Es importante tener en cuenta que el Intento de Autoeliminación es primero una emergencia médica y luego una emergencia psiquiátrica. Enfermería tiene un papel importante en la prevención del suicidio y el tratamiento en situaciones de autoteliminación.

Palabras clave: Suicidio, Intento de suicidio, Enfermería.

¹ Licenciada Enfermera. Especialista en Salud Mental.
Profesora G5, subrogante de la Cátedra de Salud Mental de la Facultad de Enfermería.
Universidad de la República. Uruguay.
margal09@hotmail.com.

² Licenciada Enfermera. Especialista en Salud Mental.
Profesora Asistente de la Cátedra de Salud Mental de la Facultad de Enfermería.
Universidad de la República. Uruguay.

SUICIDE AND SUICIDE ATTEMPT IN URUGUAY TODAY

Abstract

The suicide is the ninth cause of death in the world and it occupies the first place in South America. In Uruguay the number is 17 per 100.000 inhabitants, the highest of South America after Guyana. According to the World Health Organization (WHO) for every suicide, there may be between 10 and 40 attempts, being one of the strongest predictors of suicide. It is important to note that the suicide attempt is first a medical emergency and then a psychiatric emergency. Nursing has an important role in the prevention of suicide and in the treatment of suicide attempts.

Key words: *Suicide, Suicide Attempt, Nursing.*

SUICÍDIO E TENTATIVA DE AUTOELIMINAÇÃO, HOJE EM DIA NO URUGUAI

Resumo

O suicídio é a nona causa de morte no mundo e ocupa o primeiro lugar na América do Sul. No Uruguai, a cifra é de 17 por cada 100.000 habitantes, a mais alta da América do Sul, depois da Guiana. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), por cada suicídio pode haver entre 10 e 40 tentativas de Autoeliminação, sendo este um dos mais potentes preditores de suicídio. É importante levar em conta que a Tentativa de Autoeliminação é, primeiro, uma emergência médica e, depois, uma emergência psiquiátrica. A Enfermagem tem um papel importante na prevenção do suicídio e no tratamento em situações de autoeliminação.

Palavras-chave: *Suicídio, Tentativa de suicídio, Enfermagem.*

*“No maldigas del alma que se ausenta
dejando la memoria del suicida
¿Quién sabe que oleajes, que tormentas
lo alejaron de las playas de la vida”*

Poema: Ni siquiera las flores
Alicia Miralles - Eduardo Darnauchans.

Introducción

Según palabras del entonces director del Programa de Salud Mental, Dr. Lizardo Valdez³, durante una exposición realizada a inicios del año 2010, la tasa de suicidios en Montevideo es de 17 cada 100.000 habitantes. Agregó que las cifras anuales de quienes se han quitado la vida fue de 537 en el año 2009, dos menos que en 2006 y 2008, 30 más que en 2004 y 34 más que en 2005. Citando un estudio de la Organización Mundial de la Salud (OMS), difundido en el año 2007, Valdéz remarcó además que las estadísticas de suicidio en Uruguay se sitúan cerca del nivel de Francia y de varios países del centro, norte y este de Europa, y muy por encima de sus vecinos sudamericanos. Del total de personas que se suicidaron entre 2004 y 2009, el 78% eran hombres. El 33% del total de casos registrados en el país fueron en Montevideo. En el interior del país los departamentos con mayor índice de suicidio fueron Rocha, Colonia y Florida. El método más utilizado para quitarse la vida fue el ahorcamiento (54%), seguido del disparo con arma de fuego (32%) y los envenenamientos (4%). La Clínica de Psiquiatría Pediátrica de la Facultad de Medicina, Universidad de la República, en el año 2009, realizó el primer estudio epidemiológico sobre salud mental de los niños montevideanos, encontrando que en 513 niños escolarizados de 6 a 11 años, el 22% sufre algún trastorno de depresión, angustia o ansiedad; de estos sólo un 20 % consultó (Viola L. 2006). Dado el problema que constituyen el suicidio y el IAE en la salud de la población, en Uruguay se creó, en el año 2006, la ley N° 18.097 de prevención del suicidio, declarándose el 17 de julio “Día nacional de prevención del suicidio”.

³ Médico Psiquiatra. Psicoanalista. Director del Programa Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública. Uruguay.

Objetivos

- Analizar aspectos epidemiológicos con relación al suicidio e intento de autoeliminación, en niños, adolescentes y adultos.
- Identificar factores de riesgo y protección.
- Brindar herramientas para el abordaje de este problema a nivel asistencial y en la comunidad.
- Abordar aspectos de prevención del intento de autoeliminación y/o suicidio.

Metodología

Explicación sobre el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) en las situaciones de Intento de Autoeliminación (IAE) y suicidio.

Proceso de Atención de Enfermería (PAE) en el niño, adolescente y adulto que realizan un Intento de Autoeliminación /suicidio

La Sociedad de Psiquiatría del Uruguay considera el Intento de Autoeliminación (IAE) como la voluntad o deseo consciente y deliberado de darse muerte, motivado por un proceso angustioso que alcanzó a sobrepasar el nivel de tolerancia; es un estado conflictivo, una crisis sin resolver que se expresa a través de la conducta suicida. El intento de auto eliminación es una emergencia médica y después una emergencia psiquiátrica. Es una situación imprevista, aguda, que demanda atención técnica inmediata, en contexto de crisis. **La Crisis** es una perturbación psicológica aguda, de duración variable que resulta de un riesgo, circunstancia de peligro, amenaza de pérdida repentina o fuertes presiones sociales. El usuario entra en crisis al no poder resolver un problema, esto lo puede conducir al suicidio.

Aspectos epidemiológicos

Según un Informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) del año 2006, el suicidio genera más muertes que las guerras, el terrorismo y asesinatos en su conjunto.

Cifras de Suicidio e intentos autoeliminación Uruguay 2005-2006

Años	Suicidio	IAE
2005	496	1294
2006	554	1383
Total	1523	2892

Fuente: Informe del Ministerio del Interior, Uruguay: 2005-2010

Según el Informe del Ministerio del Interior 2005-2010, en el Uruguay existen más suicidios que accidentes de tránsito. Entre enero y mayo de 2007 se produjeron 234 suicidios y 206 accidentes de tránsito. En relación a la prevalencia por zonas, de los suicidios registrados en Montevideo, los valores más altos fueron en el barrio Casabó y en el Interior del país en los departamentos de Rocha, Colonia y Maldonado. Se considera que las cifras pueden no ser totalmente exactas por el sub registro que existe y además porque muchas veces no se sabe si son suicidios u homicidios. Entre los años 2004 y 2007 se suicidaron en Uruguay, 247 adolescentes menores de 19 años, de los cuales 213 adolescentes tenían entre 15 a 19 años, 32 niños 0 a 14 años y se relevaron 2 niños menores de 9 años. La media de niños adolescentes que ingresan al Hospital Pereira Rossell con diagnóstico de IAE es de 147 al año. La hipótesis principal sobre IAE y suicidio en niños, planteada en el estudio realizado en 2006 por el Equipo de Evaluación de instrumentos en Psiquiatría Pediátrica de la Clínica de Psiquiatría Pediátrica de la Facultad de Medicina, es que el deterioro socioeconómico, el desempleo, la falta de esperanza del entorno, afectan al niño más de lo que se supone; la pobreza no lo explica todo, pero colabora (Viola L. 2006).

Mitos

Existen una serie de mitos en la población respecto a estos temas que se detallan a continuación:

“El que realmente se quiere matar no lo dice”.

- “Recuperado de una crisis suicida no lo volverá a intentar”.
- “El que dice que se va a matar no lo hace”.
- “Los que intentan el suicidio no desean morir, solo es un llamado de atención”.
- “El suicidio se hereda”.
- “Todo el que se suicida está deprimido”.
- “Todos los que se suicidan padecen una enfermedad mental grave”.
- “El hablar de suicidio incentiva a que se realice”.
- “El suicidio no puede ser evitado porque ocurre por un impulso”.
- “Solo psicólogos y psiquiatras pueden prevenirlo”.
- “Es imposible evitar que una persona se suicide”.
- “El que intenta el suicidio es un cobarde”.
- “El que intenta el suicidio es un valiente”.
- “Sólo los pobres se suicidan”.
- “Los niños no se suicidan”.

Una de las causas de los IAE y suicidios es la depresión. Esta, en los adultos se manifiesta con síntomas claros, lo cual en los niños en pocas ocasiones, se manifiesta así. Son diferentes y variados los modos de expresarse y cuanto más pequeño es el niño, sus manifestaciones estarán más frecuentemente ligadas a dolencias corporales. Esto ocurre porque el niño pequeño no sabe expresar ni interpretar como un adulto lo que está sintiendo. En los adolescentes la depresión es un trastorno que, se caracteriza por sentimientos persistentes de tristeza y apatía, pérdida de la autoestima y ausencia de interés en las actividades comunes.

Los síntomas frecuentemente observados son:

- Tristeza.
- Retracción.
- Incapacidad para sentir placer (anhedonia).
- Agresividad.
- Alteraciones psicósomáticas
- Alteraciones del apetito.
- Irritabilidad.
- Llanto fácil.

- Insomnio.
- Pesadillas.
- Incontinencia de esfínteres
- Cefaleas
- Dolor de vientre
- Problemas de conducta
- Problemas de aprendizaje

Es importante identificar las diferencias entre factores y señales de riesgo suicida.

Factores, son aquellas condiciones que favorecerán la precipitación de un acto suicida en las personas vulnerables.

Señales, son las manifestaciones verbales y no verbales por parte del sujeto que nos alertan acerca de la posibilidad de autoeliminación.

Señales verbales

La persona manifiesta las ideas de muerte de manera directa o indirecta, a través de frases como las siguientes:

“Estarían mejor sin mí”.

“En esta casa estoy de más”.

“La vida no vale la pena”.

“Si esto... sigue así me mato”.

“Quisiera dormirme y no despertar”.

“Voy a matarme”.

“Cuando ya no esté se van a arrepentir”.

“Fulano hizo bien en matarse, la tenía clara”.

Señales no verbales

Auto mutilaciones.

Bajar el rendimiento escolar.

Regalar cosas significativas sin motivo.

Abandono de actividades que antes disfrutaba.

Aislamiento.

Abandono personal.

Signos – señales alerta biológico

- Trastornos metabólicos y factores genéticos.
- Enfermedades psiquiátricas en primer grado de consanguinidad,
- Crisis vital: adolescencia,
- Enfermedades terminales,

- Trastornos psiquiátricos, de personalidad.
- Deterioro cognitivo.

Signos - síntomas alerta

- Ausencia de interés por el bienestar personal.
- Bajo rendimiento escolar.
- Alteración de los patrones del sueño, sociales, alimenticios.
- Preocupación por el tema de violencia.
- Mejoría repentina del estado del ánimo.
- Promiscuidad.
- Desesperanza, aislamiento, trastornos psiquiátricos.
- Baja tolerancia a la frustración, etc.
- Trastornos alimentarios.
- Sentirse una carga para familia y allegados.
- No sentirse querido.
- No poder proyectarse.
- No tolerar los elogios

Factores de riesgo

La familia influye en el desarrollo, curso e intensidad de la depresión.

La vulnerabilidad genética del modelo de comportamientos depresivos e indefensos. Las frustraciones constantes por las separaciones, abandonos psicológicos y rechazos.

Violencia, maltrato y/o abuso.

En el niño la Vulnerabilidad genética, sus factores temperamentales individuales.

Aspectos inconscientes, coeficiente intelectual, ciertos cambios fisiológicos.

Los actos auto agresivos: potencialmente suicidas (no totalmente consciente el deseo de daño).

- Manipulación de armas.
- Accidentes reiterados.
- Alta velocidad, las competencias en moto u auto (picadas).

En los niños cuando aún no se adquirió la noción de muerte en su carácter irreversible, existen comportamientos suicidas si se identifica deseo de acto auto agresivo con un desenlace potencialmente mortal.

Factores de alto riesgo

- Estar solo en el momento del acto.
- Abundante ideación previa con planificación.
- Uso métodos: ahorcamiento, armas de fuego, precipitación, exposición al tránsito, etc.
- Ocultar el hecho.
- Psicopatología grave previa y o /familiar.
- Pobre control de impulsos.
- Desesperanza y desamparo importantes.
- Comunicación y juicios pobres.

Factores precipitantes

- Ruptura con personas significativas.
- Problemas interpersonales.
- Dificultades financieras.

Factores familiares

- Hogares desmembrados.
- Fallecimiento de un progenitor.
- Violencia y maltrato familiar.
- Alcoholismo en el hogar.
- Falta de disponibilidad afectiva hacia los hijos.
- Abandono.
- Desempleo.
- Presencia de enfermedades psiquiátricas.
- Antecedentes de suicidio.
- No escolarización.
- Pobre integración social.
- Falta de grupos de sostén comunitario.

Factores de protección

a) Apoyo a la familia y ésta al usuario; en su defecto redes de apoyo sustitutas: amigos, compañeros de trabajo, líderes comunidad, referentes de las instituciones que trabajan en el tema y su línea telefónica.

- b) Estimular una vida social satisfactoria.
- c) Promover la integración social a través del trabajo y el uso saludable del tiempo libre.
- d) Facilitar la integración a los programas de escolarización existentes y/o actividades que promuevan ocupación de los jóvenes.
- e) Contar con satisfacción necesidades básicas.
- f) Facilitar acceso a servicios de asistencia que trabajen en la temática.
- g) Promover la participación activa de las Redes sanitarias y la comunidad organizada.

Es importante considerar los sentimientos que el abordaje de estos usuarios generan en los integrantes del equipo de salud:

- Angustia,
- Rabia,
- Impotencia,
- Sobreprotección,
- Rechazo hacia la familia y muchas veces hacia el usuario.

Es también importante tener en cuenta los factores de resiliencia de cada uno: como la capacidad de las personas para hacer las cosas bien y de forma socialmente aceptable, en un entorno agobiante o adverso que suele entrañar un elevado riesgo de efectos negativos

Objetivos de intervención del equipo enfermería

- Proporcionar un cuidado enfermería integral, que preserve la vida, confort y privacidad del usuario.
- Respetar su individualidad, promoviendo su recuperación con el menor daño posible.
- Establecer un vínculo empático con el usuario y familia, en un ambiente terapéutico que facilite su recuperación y alcanzar los resultados esperados.

Es necesario valorar la situación para definir los diagnósticos de enfermería, priorizando

los problemas reales y potenciales: biológicos, psicológicos y socioculturales, planificando los cuidados junto al resto del equipo. Cuando llega un usuario que realizó un intento de autoeliminación encararlo teniendo en cuenta que es una persona con una historia de vida y un ser único, que merece toda nuestra atención, respeto y privacidad. La primera impresión es fundamental, la visión que percibimos del usuario: como se presenta, que dice, como lo dice, su tono de voz, lo gestual, su mirada, su postura, su apariencia. Esta valoración adquiere capital importancia para el diagnóstico posterior. Las distintas visiones de la situación, es necesario compartirlas con los compañeros del equipo. Es muy importante la responsabilidad ética y legal del equipo de salud. Tener en cuenta quién o quienes acompañan al usuario y de ellos observar quien es el referente con quién el usuario genera un vínculo afectivo. Cuando es un Niño o Adolescente que realizan un intento de autoeliminación es importante considerar que estos deben ser hospitalizados. La Licenciada Enfermera designará el responsable de la atención del usuario; cada uno asumirá su rol, con claridad.

En las conductas suicidas es muy importante evaluar el riesgo:

Riesgo elevado

- La persona admite su intención suicida y admite que tiene un plan suicida.
- Presenta una patología psiquiátrica.
- Suicidio reciente en el entorno.
- Desesperanza o desesperación.
- Deseo de reunirse con ser querido/ fallecido.

Indicadores a tener en cuenta para la intervención:

- Antecedentes de episodio maníaco.
- Ideas de muerte y riesgo suicida.
- Gravedad del episodio.
- Síntomas psicóticos, catatónicos.
- Intenso sufrimiento psíquico.
- Importante repercusión orgánica: adelgazamiento anorexia.
- Tiempo de inicio del cuadro.
- Antecedentes de cuadros similares anteriores.

Con el usuario tener en cuenta:

Detección precoz de los síndromes o trastornos depresivos.

Oferta tratamientos oportunos y adecuados.

Actuar con calma, favoreciendo expresión de sus sentimientos.

Generar confianza, escucha, continentación, hablarle tranquilo y pausado, con seguridad y afecto.

Disminuir riesgos, prevenir autoagresiones, retirar todos los objetos susceptibles de producir lesiones.

Evitar que se quede solo.

No ser críticos frente a la situación.

Proporcionar intimidad para la conversación.

Administrar medicación prescrita, recordar que al comienzo de la terapéutica antidepressiva aumenta el riesgo de intento de autoeliminación.

Implementar acciones promoción prevención. Protegerlo de los efectos negativos de su comportamiento: conductas antisociales: vida cotidiana, higiene, alimentación, vestimenta, vínculos.

Brindarle apoyo y acompañamiento; que se sienta aceptado y respaldado.

Establecer límites razonables.

Consulta con psiquiatra, dentro de 48 horas de ocurrido el intento.

Seguimiento médico durante 6 meses posteriores al intento.

Reforzar recursos personales

Garantizar la seguridad personal.

Explorar el motivo de IAE.

Con el usuario y familia

No emitir juicios de valor.
Propiciar la comunicación de la persona en situación de riesgo con grupos de autoayuda.
Apoyo, orientación e integración de la familia a la propuesta.
Accesibilidad a redes socio sanitarias.
Accesibilidad planes terapéuticos y farmacológicos.
Posibilidad de acceder a una internación.
Seguimiento por equipo técnico por período no menor a 18 meses.
Estar atentos a síntomas de reincidencia.
Agente comunitario: derivación a los recursos sanitarios existentes.
Apoyo emocional y psico educativo de la familia.
Disminuir sufrimiento o conflictiva que la alteración produce a nivel individual y grupal.

A nivel comunitario

Detección y formación de Agentes Comunitarios en Salud Mental.
Apoyar, facilitar y/o promover la creación de grupos de autoayuda
Grupos de psico educación: familiares de personas con depresión, manía.
Fortalecimiento del trabajo en Red, organismos e instituciones públicas y privadas.
Facilitar acceso y desarrollo a la información de la Población.
Realizar folletería prevención de la depresión.
Integración del Programa de Salud Mental en Enseñanza Primaria y Secundaria.

Conclusiones

El equipo de Salud debe:

- Tener la capacidad de ponerse en lugar del otro realizando abordaje integral.
- Continuar al usuario y familia, brindando espacio de escucha, privacidad.
- Estar atentos a situaciones de desborde que pueden producirse.
- Reflexionar y coordinar con otros profesionales.
- Tener en cuenta que Enfermería profesional es el nexo con el equipo de salud, informa a usuario y familia sobre sus derechos, deberes y rutinas.
- Tomar en consideración que es muy importante preservar el secreto profesional.
- Registrar en la historia clínica todos aquellos aspectos que relevantes: de manera objetiva y detallada, pues pueden tener un valor médico legal, con fecha, hora, firma y contra firma.
- Capacitar al personal que trabaja con usuarios con alteraciones en Salud Mental: en talleres de promoción y protección en Salud Mental, cursos de capacitación sobre la depresión, talleres de motivación y reflexión, taller sobre trabajo comunitario.
- Colaborar con la prevención del suicidio a través de:
 - Trabajar con la familia los factores resilientes, educando a niños y adolescentes.
 - Reforzar factores de protección y reducir los de riesgo.
 - Control ambiental factores riesgo.
 - Promover tratamiento de los usuarios con patologías psiquiátricas.
 - Trabajar con la Comunidad el tema.

Referencias bibliográficas

- Celia S. Rescatando la adolescencia. En Portillo J, Martínez J, Banfi ML, compiladores. La adolescencia: salud y enfermedad 2. Montevideo: Banda Oriental; 1992. p. 213- 227.
- Freire de Garbarino M. Depresión en la adolescencia. En Freire de Garbarino M, Maggi de Macedo I. Adolescencia. Montevideo: Roca Viva; 1990. p. 191-7.
- Garay M, Tuzzo R, Díaz A. Emergencias emocionales: abordaje interdisciplinario en el primer nivel de atención. Montevideo: FEFMUR; 2006.
- Lipkin G, Cohen R. El paciente pediátrico. En: Cuidados de enfermería en pacientes con conductas especiales. Barcelona: Doyma; 1989. p. 212-220.
- Lipkin G, Cohen R. El paciente adolescente. En: Cuidados de enfermería en pacientes con conductas especiales. Barcelona: Doyma; 1989. p. 221-8.
- Maggi de Macedo I, coordinadora. Notas sobre el suicidio en la adolescencia: el mito de Narciso. En Freire de Garbarino M, Maggi de Macedo I. Adolescencia. Montevideo: Roca Viva; 1991. p. 263-7.
- Roses Periago M. La salud mental: una prioridad de salud pública en las Américas. 2005. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v18n4-5/28083.pdf> [consulta: 14 febrero 2010].
- Tylee A, Herrán A, Vázquez Barquero JL. Psiquiatría en atención primaria. Madrid: Biblioteca Aula Médica; 1998.
- Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Salud Mental. Guía preliminar de diagnóstico y tratamiento de la depresión. Montevideo: MSP; 2008.
- Viola L, Garrido G, Varela A. Características epidemiológicas de la salud mental de los niños montevideanos. Rev. Psiquiatr. Urug. 2008; 72(1):9-20.