

Dra. Renata Dupuy Abiuso



Psiquiatra de la Infancia
y Adolescencia

Rut: 15.315.380-9 / RCM: 28706-7

Psiquiatría de Urgencia del Niño y Adolescente

Editor

Dr. Sergio Zamora Delgado

Jefe Servicio de Psiquiatría y Unidad de Corta Estadía
Hospital Luis Calvo Mackenna

Evaluación de la conducta e intento suicida en niños y adolescentes en el servicio de urgencia

Dra. Caterina Shiappacasse A.

El intento suicida es el motivo de consulta de urgencia psiquiátrica más frecuente en la población infanto-juvenil, principalmente en adolescentes mujeres. Tras un intento suicida hay por lo general una enfermedad psiquiátrica.

Se ha visto en autopsias psicológicas hasta un 90% de psicopatología, principalmente trastorno depresivo, antecedente de intentos de suicidio previos, abuso de sustancias, trastornos de conducta, trastorno afectivo bipolar, y trastorno del desarrollo límite de la personalidad.

Epidemiología

Paton y cols (2009) reportaron que a nivel mundial, en el año 2004, el suicidio dio cuenta del 7,3% del total de muertes entre los 15 y 19 años de edad, ubicándose como segunda causa de muerte en este grupo etario.

En Chile, las tasas de suicidio según datos del ministerio de salud, en el grupo adolescente entre 10 a 14 años aumentó de 0,96 el año 2000 a 2,15 por 100.000 habitantes el año 2008.

Del mismo modo, en el grupo de 15 a 19 años, la tasa de suicidio aumentó de 8,6 a 12,9 por 100.000 habitantes en el mismo período, posteriormente han descendido gradualmente hasta 1,71 y 8,17 al año 2014 en los respectivos grupos etarios.

Evaluación del riesgo suicida en el servicio de urgencia

En primer lugar es importante que al momento de la entrevista establezcamos contacto visual y no parecer apurado o distraído. Es necesario mostrarse empático, reconocer y validar los sentimientos y creencias del niño, niña o adolescente, y no enjuiciador, intentando entregar tranquilidad y una atmósfera de seguridad. El paciente joven estará mucho más abierto a reconocer sus pensamientos suicidas si sienten que el clínico se encuentra interesado en ellos y con la disposición de entender.

Respecto a la confidencialidad, ésta debe ser explicada claramente desde el principio. Ésta se mantiene a menos que el paciente esté en riesgo de dañarse a sí mismo o a otros.

Para la estimación del riesgo suicida se debe evaluar:

- los factores de riesgo
- la intención suicida
- la letalidad
- el estado mental
- información de otras fuentes

Es importante preguntar dirigidamente acerca de ideación y planificación suicida: preguntar directamente no induce ideas ni conductas suicidas. Los puntos más importantes que se deben indagar en la entrevista son la severidad, intensidad y frecuencia de la ideación suicida, los eventos desencadenantes (generalmente en la población infantojuvenil son discusiones con los padres, el término de una relación sentimental, la humillación y el sentimiento de vergüenza público), la presencia de plan suicida, el antecedente de intentos previos, y la calidad de la red de apoyo familiar percibida por el menor.

A la entrevista con los padres se sugiere realizar preguntar que pasó exactamente, para tener una idea detallada del paso a paso de lo

que sucedió. Consultar acerca de cómo se enteraron ellos que quiso hacerse daño, es decir, si sabían que había ideas o planificación suicida desde antes que hiciera el intento o lo descubrieron por primera vez al realizar el menor el intento de suicidio. Preguntar también que paso después de que se hizo daño, como reaccionaron ellos, que hicieron frente a la situación. Es importante también saber quiénes constituyen el grupo familiar que vive bajo el mismo techo. La idea es evaluar mediante estas preguntas acerca de la calidad del cuidado familiar. Consultar a la vez por el grado de impulsividad del niño o adolescente, ya que ésta será también determinante al momento de decidir si requiere o no hospitalización.

Como dijimos anteriormente son principalmente 5 puntos los que se deben evaluar para estimar el riesgo suicida, los cuales analizaremos a continuación.

1.-Factores de riesgo

Existen factores de riesgo que nos hacen aumentar el riesgo suicida, principalmente los que mencionaremos a continuación. La edad, ya que se ha visto mayor frecuencia de intento de suicidio y suicidio consumado en adolescentes entre 16-18 años. El género, ya que está comprobado que el suicidio consumado es más común en el sexo masculino, pero los intentos de suicidio son más frecuentes en las mujeres. Esto podría explicarse porque los métodos utilizados por los hombres son de mayor letalidad, como armas de fuego y ahorcamiento.

También debemos indagar si existe comorbilidad psiquiátrica asociada, ya que se ha visto que más del 90% de los suicidios ha tenido al menos un trastorno psiquiátrico. Es importante destacar la comorbilidad con el trastorno del desarrollo límite de la personalidad, las cuales como sabemos, son pacientes con rasgos de impulsividad e inestabilidad en el desarrollo de su personalidad, y un subgrupo de ellas frecuentemente acuden al servicio de urgencia por

intentos suicidas, las cuales muchas veces se asocian a autolesiones, principalmente autoinjurias por cortes. Son adolescentes que frecuentemente presentan historia de trauma complejo como abuso sexual, maltrato psicológico y/o físico, historia de abandonos o violencia intrafamiliar. Presentarán muchas veces miedo al abandono, dificultades en sus relaciones interpersonales, con sensación de soledad crónica. Se presenta en ellas dificultad en regular sus emociones, con alta impulsividad, y ante situaciones de estrés, frustraciones o pérdidas afectivas, presentan crisis de agitación o "rabia", o estados depresivos agudos e intensos, pudiendo llegar a intentos de suicidio. Como mencionamos, es común presentar también conductas autolesivas, las cuales las podemos clasificar en NSSI o autolesiones sin intención suicida, o bien una conducta suicida, la cual es un espectro que incluye actos preparatorios al suicidio, o podría corresponder a un intento de suicidio interrumpido, un intento de suicidio propiamente tal, o un suicidio consumado.

Por otra parte, es importante conocer la historia de intento de suicidio previo, ya que es uno de los factores más importante para cometer suicidio, aumenta el riesgo de suicidio durante toda la vida.

También es muchas veces necesario, si se obtiene un vínculo o ambiente de confianza, indagar en la orientación sexual, ya que se ha estudiado que la disconformidad con esta ha mostrado asociación con ideas e intentos suicidas.

A la entrevista con los padres es importante preguntar acerca de la historia familiar de conducta suicida, ya que se ha visto que el suicidio juvenil es más probable en hijos de madres o padres que realizaron suicidio consumado.

El abuso físico y sexual debe ser averiguado ya que se asocia con un aumento en el riesgo de intentos suicidas. Este último es recomendable consultarlo a los padres o cuidadores, y no dirigida mente al paciente.

Dentro de los antecedentes familiares es importante buscar presencia de psicopatología, ya que también se asocia a mayor conducta suicida, especialmente la depresión, el abuso de sustancias, la personalidad antisocial de los padres. Se debe preguntar además a los padres y al menor acerca de la presencia de disfunción familiar, haciendo preguntas sobre los conflictos entre padres e hijos, la calidad de la comunicación, la presencia o no de un confidente para el menor, que se asocian con mayor riesgo de conducta suicida.

Entre los factores protectores que debemos preguntar están el apoyo social, la cohesión familiar, compromiso escolar, participación en deportes, logros académicos y presencia de alguna religión.

2.- La intención suicida.

Esta correspondería a la motivación o propósito del intento suicida, el cual muchas veces es descrito por el paciente como "olvidarse de las cosas", "descansar un rato" o morir. Existen indicadores de que existiría elevada intención suicida en el intento suicida, los cuales son: un intento de suicidio que fue realizado en situación de aislamiento, el hecho de que el intento haya sido cometido de tal forma que la intención de terceros fuera difícil, si el paciente tomó precauciones contra la intervención de otras personas, si el menor preparó detalladamente el intento, si dejó nota o carta suicida, si mantuvo su intención en secreto, si hubo consumo de alcohol o drogas para facilitar la ejecución del intento.

3.-La letalidad.

Es el grado de severidad de las lesiones ocasionadas, o que potencialmente podría haber ocasionado el intento de suicidio. Es un determinante central de la probabilidad de muerte asociada a un intento. A mayor letalidad, mayor gravedad. En una escala de tres

niveles podemos clasificar la letalidad como intento de alta letalidad (como lanzarse desde las alturas, el uso de armas de fuego, el intento de ahorcamiento), intentos de mediana letalidad (como ingestión de paracetamol, cortes profundos), e intentos de baja letalidad (por ejemplo ingestión de pocos fármacos, cortes superficiales).

4.-El estado mental.

Se debe evaluar al examen mental si existe presencia de psicosis, ya que un intento de suicidio con pérdida del juicio de realidad es diferente en un paciente sin ésta, y la presencia de compromiso de conciencia, ya que no existiría un relato válido.

5.-La información de otras fuentes.

Es muy importante rescatar información de familiares mediante cartas, dibujos, informes entregados por los padres. A la vez, se debe revisar la ficha clínica para rescatar información relevante. Esto principalmente para confirmar o descartar información antes descrita, evaluar la red de apoyo, saber acerca de los tratamientos previos y sus resultados.

Indicadores de riesgo severo de suicidio en la evaluación

Un riesgo severo nos hará pensar en una probable necesidad de hospitalización, cuando por ejemplo las ideas suicidas son frecuentes, intensas y duraderas, con planes definidos; cuando la intención suicida muestra conductas sugerentes de elevada intención suicida como las que mencionamos anteriormente, cuando la letalidad es alta, existe un contexto con un medio protector inseguro o red de apoyo ausente, cuando hay muchos factores de riesgo, si tenemos alta desesperanza respecto al futuro, y si existe un autocontrol deteriorado o alta impulsividad.

Cuando hospitalizar

En aquellos pacientes en que se estima que el riesgo suicida es leve a moderado, con un adecuado soporte familiar, podemos manejarlo en su domicilio con un control en los días posteriores, idealmente antes de una semana en psiquiatría, dando indicaciones detalladas de los cuidados a seguir como son el control y vigilancia permanente del paciente por un adulto responsable, evitar el acceso a elementos peligrosos como medicamentos (guardados bajo llave y administrados por adultos), venenos, sogas, armas. Además se dan indicaciones farmacológicas para el manejo de los síntomas afectivos, ansiosos y de impulsividad.

En general decimos que los pacientes requieren hospitalización cuando existe alto riesgo suicida como mencionábamos más arriba, estas son: cuando no existen formas alternativas de cerciorar la seguridad del paciente, cuando existió un intento suicida que requirió manejo médico intensivo, cuando estamos frente a un paciente en donde no podemos estimar el riesgo suicida, cuando la ideación suicida fue con una planificación concreta y premeditada, con intención suicida seria y clara, cuando la ideación o los pensamientos suicidas son intensos y persistentes, cuando existe el antecedente de intento de suicidio previo, cuando la red de apoyo familiar o social es poco contenedora u hostil, o el paciente rechaza ayuda. También debemos pensar en una internación cuando el método utilizado es violento ya que indica mayor intencionalidad letal como precipitarse desde las alturas, envenenamiento, ahorcamiento, uso de armas de fuego. Cuando existe comorbilidad con uso de sustancias adictivas o cuando estamos frente a un paciente psicótico.

Manejo de la crisis suicida

Durante la crisis es fundamental crear un espacio para el pensamiento y la verbalización de los sentimientos, permitiendo al paciente cuestionarse la posibilidad de encontrar otra salida. No se debe banalizar las amenazas suicidas, tampoco hay que pensar que los que se quiere es llamar la atención, ya que detrás de cada intento suicida hay siempre sufrimiento. Se ha demostrado en estudios que el 80% de los pacientes que se han suicidado habían expresado sus ideas de suicidio previamente. Cualquier amenaza de suicidio debe ser tomada en serio.

Objetivos de la hospitalización:

- Protección y vigilancia constante (24 horas) del paciente
- Remoción transitoria del paciente desde un ambiente estresante u hostil
- Estudio diagnóstico multidisciplinario
- Evaluación seriada de la ideación suicida
- Inicio de tratamiento farmacológico
- Ejercer un cambio en el equilibrio familiar junto con una dupla psicosocial de trabajador social y psicólogo para realizar intervenciones en la familia.
- Estimular la mantención de las actividades de la vida diaria junto a un terapeuta ocupacional
- Monitorización de los efectos terapéuticos
- Activar red de apoyo familiar o social

Referencias

- 1.-Gould M, Greenberg T, Velting D, Shaffer D: Youth suicide risk and preventive interventions: A review of the past 10 years. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 2003; 42 (4): 386– 405.
- 2.-Fairweather AK, Anstey KJ, Rodgers B, Jorm AF, Christensen H: Age and Gender Differences Among Australian Suicide Ideators: Prevalence and Correlates. *J Nerv Ment Dis* 2007; 195(2): 130-6
- 3.-Gould M, Greenberg T, Velting D, Shaffer D: Youth suicide risk and preventive interventions: A review of the past 10 years. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 2003; 42 (4): 386– 405
- 4.-Rhodes AE, Boyle MH, Bethell J, Wekerle C, Goodman D, Tonmyr L, Leslie B, Lam K, Manion I: Child maltreatment and onset of emergency department presentations for suicide-related behaviors. *Child Abuse Negl* 2012; 36(6):542-51
- 5.-Plunkett A, O'Toole B, Swanston H, Oates RK, Shrimpton S, Parkinson P: Suicide risk following child sexual abuse. *Ambul Pediatr* 2001; 1(5): 262-6
- 6.-Gould M, Greenberg T, Velting D, Shaffer D: Youth suicide risk and preventive interventions: A review of the past 10 years. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 2003; 42 (4): 386– 405.
- 7.-Lee MT, Wong BP, Chow BWY, McBride-Chang C: Predictors of suicide ideation and depression in Hong Kong adolescents: Perceptions of academic and family climates. *Suicide and life-threatening behavior* 2006; 36(1): 82-96
- 8.-Muñoz J, Pinto V, Callata H: Ideación suicida y cohesión familiar en estudiantes preuniversitarios entre 15 y 24 años, Lima 2005. *Rev. Peru. med. exp. salud publica* 2006; 23(4): 239-246
- 9.-Chioqueta AP, Stiles TC: The relationship between psychological buffers, hopelessness, and suicidal ideation: identification of protective factors. *Crisis* 2007; 28(2): 67–73
- 10.-Ministerio de Salud de Chile. Departamento de Estadísticas e Información en Salud – DEIS 2015 y 2016. MINSAL. (2013). Situación actual del suicidio adolescente en Chile, con perspectiva de género. Disponible en: <http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/SituacionActualdelSuicidioAdolescente>
- 11.-Gomez A., H.Silva, Amon R., (2018), *El Suicidio*; Santiago, Chile, editorial Mediterraneo; Larraguibel M. 14:133; Gomez A.16:151