

Suicidio en adolescentes: lo que el equipo de salud debe saber

Suicide in adolescents: what the equipment of health must know

*Dra. Paz Robledo Hoecker**

Para iniciar este tema debemos tener en claro las siguientes definiciones:

SUICIDABILIDAD: espectro de conductas e impulsos que abarcan desde ideación, planificación, intento suicida y suicidio consumado.

SUICIDIO: etimológicamente suicidio significa "muerte de sí mismo", término que una persona en forma voluntaria e intencional hace de su vida. La característica preponderante es la fatalidad y la premeditación.

INTENTO DE SUICIDIO: conductas o actos que intencionalmente busca el ser humano para causarse daño hasta alcanzar la muerte, no logrando la consumación de esta.

IDEACIÓN SUICIDA: Pensamientos acerca de la voluntad de quitarse la vida expresada en ideas tales como "no querer seguir viviendo". Estas expresiones pueden o no contener la planificación del suicidio, que se refiere a cómo, cuándo y dónde llevar a cabo la conducta de autodestrucción. (Serfaty, 1998).

CLASIFICACIÓN DE IDEACIONES SUICIDAS:

- Leve: sólo ganas de morir
- Moderada: ganas de morir con esbozo de planificación
- Grave: decisión de morir, con planificación exhaustiva para su concreción

EPIDEMIOLOGÍA

Tanto para los suicidios como para los intentos de suicidio existe un importante subregistro.

Por cada muerte por suicidio existirían 7 muertes no notificadas. (Dolto, 1997).

En varios países de Latinoamérica la tasa de suicidio en adolescentes y jóvenes se ha incrementado (Argentina, de 5,8 en 1983 a 7,9 en 1990; México

de 13,4 en 1990; Venezuela era de 9,0 en 1981 y de 10,6 en 1989. (Fuente: PAHO Technical Information System).

En el ámbito internacional se reconoce el suicidio como un problema de salud pública

En los últimos cuarenta años las tasas de suicidio en población de 15 a 19 años se han cuadruplicado.

Es la cuarta causa de muerte entre los 10 y 15 años y la tercera entre los 15 y 25 años en Chile. (Ulloa 1994, Salvo 1998).

El riesgo de repetición del intento de suicidio en los jóvenes es alto en un intervalo corto de tiempo.

El 10% se suicida dentro de los 10 años siguientes y solamente una cuarta parte concurren a la consulta médica, porque creen no necesitar ayuda. (Serfaty, 1998).

En cuanto a los métodos para consumar el suicidio, dependerán de las realidades locales. En general se han mantenido estables en el tiempo:

- El ahorcamiento es el más utilizado en Chile sobre el 70% de los casos
- Armas de fuego, en aproximadamente el 10%
- Ingestión de sustancias, entre un 8% y 9%

FACTORES GENERALES ASOCIADOS A SUICIDIO CONSUMADO

- Sexo masculino, 3:1 en adolescentes (Reinherz, 1995, Minsal 1999)
- Riesgo suicida, aumenta con la edad (Peterson 1996). Es mayor de 15 a 19 años (J. AACP 2001)
- Riesgo suicida postintento, es 4 veces mayor los siguientes 5 años (Kotila y Lonquist 1989)

En el trabajo "Características de la suicidabilidad de los adolescentes atendidos en el Servicio de Pediatría del Hospital Padre Hurtado", de la Dra. Loreto y col., en noviembre de 2005, se encontraron las siguientes conclusiones:

- Existe un alza sostenida de intentos suicidas que requieren hospitalización en nuestra área:

* Médica Pediatra
Comité de Adolescencia, Sociedad Chilena de Pediatría

1999: 0,55% a 2005:1,78%

- La edad promedio es de 12,89, más baja que lo reportado
- En el intento suicida predomina el sexo femenino, y es la ingesta medicamentosa el medio más usado
- El principal medicamento usado fueron los antidepresivos, obtenidos mayoritariamente en el hogar (88,2%)

IDEAS FALSAS SOBRE SUICIDIO

- Aquellos que hablan sobre el suicidio, realmente no lo llevan a cabo."Toda ideación o manifestación de suicidio debe ser considerada grave y debe ser tratada"
- "El que intenta matarse debe estar loco". No todos sufren una enfermedad mental
- "Si alguien está decidido a autoeliminarse, nada lo puede detener". Muchos de los que intentan suicidarse no quieren morir, sólo acabar con su pena o dolor
- "Aquellos que cometen suicidio no desean pedir ayuda". El 50% de las víctimas de suicidio han intentado pedir ayuda en los meses previos
- "El hablar de suicidio puede inducir a intentarlo". Hablar de suicidio no aumenta el riesgo, lo disminuye. Forma parte de los programas de prevención actual en países como EE.UU.

FACTORES DE RIESGO

Factores de Riesgo Generales

- Familiares
- Patologías psiquiátricas
- Conductas de riesgo
- Ideación suicida
- Intento previo y método utilizado
- Maltrato infantil y abuso sexual
- Factores hereditarios
- Enfermedades físicas

Factores Precipitantes o Estresantes (Ulloa, 1994; Beautrais, 1997)

- Problemas de conducta y de rendimiento escolar
- Discusiones con familiares y amigos
- Maltrato físico y abuso sexual
- Conflictos interpersonales
- Conflictos con la justicia
- Exposición a conductas suicidas o suicidio de familiares o amigos
- Duelos (pérdida de pareja, fracaso escolar, pérdida de trabajo, muerte de un familiar o amigo, pérdida de alguna capacidad física por accidente o enfermedad)

Significado

- Fuga (escaparse)
- Duelo (luego de una pérdida)
- Castigo (culpa)
- Crimen (otro en la muerte)
- Venganza (remordimiento a otra persona)
- Chantaje (presionar a otra persona)
- Sacrificio (mítico)
- Juego (control de su vida)

Intento de suicidio en adolescentes: Factores de riesgo y protectores

Factores de riesgo:

- Intento de suicidio previo
- Actos de violencia
- Uso de alcohol, drogas
- Síntomas somáticos
- Intento de suicidio cercano
- Psicopatología
- Uso de armas (en hombres)
- Homosexualidad (en hombres)

Factores protectores

- Vínculo parental
- Bienestar emocional
- Promedio de notas
- Vínculo escolar

La presencia de 3 factores protectores reduce el riesgo de suicidio en 70% a 85%, tengan o no factores de riesgo.

¿QUÉ HACER?

EVALUACIÓN DEL INTENTO DE SUICIDIO

- La actitud abierta, empática e interesada con el entrevistado es fundamental para lograr los objetivos.
- Se debe evitar la crítica de la conducta o buscar culpables en el relato de los padres y del adolescente.

Esquema de la intervención en crisis (Serfaty 2000)

- Intervención rápida, breve, intensiva, integral
- Inclusión de la familia y los amigos
- Rápido abordaje de la situación desencadenante
- Indicación psicofarmacológica
- Acción psicoterapéutica directa
- Vigilancia permanente del riesgo suicida
- Valoración permanente de la continencia familiar y profesional
- Intervención domiciliaria
- Hospitalización

EVALUACIÓN DEL INTENTO DE SUICIDIO

Objetivos de la evaluación inicial:

- Identificar los probables factores que contribuyeron a la aparición del intento suicida
- Conocer la historia de desarrollo y funcionamiento global actual del paciente
- Determinar la existencia de una psicopatología de base
- Identificar potenciales factores individuales, familiares o ambientales que pueden influir aumentando o aminorando las dificultades
- Determinar si existe el riesgo de un reintento a corto plazo
- Recomendar la interconsulta oportuna o en calidad de urgente para su hospitalización y tratamiento, facilitando la colaboración del grupo familiar.

ÁREAS A EXPLORAR

Antecedentes personales:

- Género
- Disfunción familiar
- Sistema educacional
- Descartar enfermedad psiquiátrica grave de base como depresión, esquizofrenia.
- Descartar comorbilidad psiquiátrica como abuso de drogas y depresión, trastorno de conducta y abuso de alcohol
- Enfermedad crónica y/o discapacidad
- Abuso sexual y maltrato físico y/o psicológico
- Conductas antisociales
- Arresto reciente y/o otros problemas con la justicia
- Persistente ideación suicida después del intento
- Jóvenes institucionalizados (cárcel, hogar de menores)

Características que le otorgan gravedad al intento:

- No contactó ni notificó al auxiliador potencial
- Planificación del intento de suicidio
- Dejó nota suicida
- Buscaba la muerte
- Creyó que el intento lo mataría
- Letalidad del método
- El evento desencadenante persiste en forma intensa
- Está descontento de haberse recuperado
- Oculta información durante la entrevista para evitar la ayuda
- Ingerió alcohol o droga para ser capaz del intento

Antecedentes familiares:

- Pérdidas interpersonales

- Violencia intrafamiliar
- Pérdida o ausencia parental
- Antecedentes familiares de intento de suicidio o suicidio consumado
- Psicopatología en los padres
- Inestabilidad y desorganización familiar
- Mala comunicación entre padres e hijos

Factores sociales

- Dificultades en la adaptación y mal rendimiento escolar
- Mal control de medicamentos y armas de fuego
- Creencias religiosas y culturales que no se oponen al suicidio
- Publicidad exagerada respecto al tema del suicidio de personas destacadas
- Suicidio de adolescente cercano

Redes de apoyo:

- Familia
- Adultos significativos
- Amigos
- Grupos de pertenencia
- Quien lo acompaña en el momento de la entrevista

Examen de pacientes

- Evaluar apariencia, desarrollo global y específico
- Evaluar cómo responde a los estímulos
- Lenguaje
- Cognición
- Afectos
- Interacción social
- Signos de enfermedad depresiva
- Signos de enfermedad orgánica que predisponen a la aparición de un cuadro depresivo (hipotiroidismo, hipercortisolismo, trastorno neurológico)
- Signos de enfermedad física crónica, cuya existencia puede desencadenar el cuadro
- Signos y síntomas autonómicos de manifestaciones ansiosas
- Signos de maltrato o abuso sexual reciente
- Signos de abuso de drogas
- Señales o marcas del método usado en el intento de suicidio reciente
- Cicatrices o intentos previos

Manejo ambulatorio

- Acoger al adolescente
- Explicar al adolescente que dada la gravedad del hecho, no se podrá aplicar el principio de confidencialidad como medida de protección de su propia vida
- Si no existe riesgo vital se realizará anamnesis

actual, remota y examen mental destinados a evaluar el intento

- Contactar a la familia y evaluar la situación familiar. Jamás el adolescente deberá irse sin evaluar el compromiso familiar
- Realizar con el adolescente un Contrato Escrito de No Suicidio, firmado por el adolescente, en que se compromete a no atentar contra su vida. Este contrato también debe ser firmado por un familiar responsable
- Entregar indicaciones específicas a la familia para eliminar o poner a resguardo todo objeto potencialmente letal, de manera de disminuir el riesgo de un nuevo intento y responsabilizar a la familia del cuidado del adolescente
- Comprobar que existe en el hogar alguien que sea un soporte efectivo y afectivo (informado de los pasos a seguir en caso de urgencia), con sistema de vigilancia (no se quede solo)

Manejo ambulatorio

- Alertar al paciente y a la familia de los efectos desinhibitorios sobre la conducta que tienen el alcohol y las drogas
- Todos los pacientes con intento de suicidio que no son hospitalizados se deben derivar con interconsulta al Equipo de Salud Mental a la brevedad y/o al Programa de Salud Adolescente que funcionen en su red de salud

En caso de llegar al Servicio de Urgencia

- Estabilizar en caso de riesgo vital: ABC
- Explorar intencionalidad del acto y persistencia de ideación suicida
- Evaluar gravedad del intento
- Explorar factores de riesgo
- Siempre se debe contactar a la familia y

determinar la capacidad de manejo familiar

Criterios de hospitalización

Todo paciente con riesgo vital producto del intento suicida quedará hospitalizado en el Área de Cuidados Críticos: (ABC).

- Género: se debe hospitalizar todo varón con intento suicida o mujer con intento recurrente, o que considera seriamente quitarse la vida y carece de apoyo familiar
- Estado mental: depresión moderada a severa con alta desesperanza, psicosis y deseo profundo de muerte
- Naturaleza del intento: medidas violentas (ahorcamiento, salto al vacío, herida por arma de fuego, cortes profundos), intento serio por ingestión (antidepresivos, cáusticos, insecticidas)
- Antecedentes individuales: intento de suicidio previo, impulsividad marcada
- Antecedentes del hogar: familia disfuncional, ausencia de un adulto responsable en el hogar, desinterés familiar por el joven

Indicaciones durante la hospitalización

- Una vez que el paciente esté fuera de riesgo vital debe ser evaluado al igual que sus familiares por el Equipo de Salud Mental y el Asistente Social
- Mientras permanezca hospitalizado en sala se le debe otorgar vigilancia permanente. La sala debe estar cerca de la enfermería, las ventanas deben tener seguro y la puerta del baño no debe tener llave
- Al alta debe tener hora dada en Salud Mental (psicología o psiquiatría o ambas según indicación) e idealmente en Programa de Adolescentes

BIBLIOGRAFÍA

1. www.save.org.1999
2. Borowski IW, Ireland M, Resnick M. Pediatrics. 2001; 107(3):485-493.

Recibido: 19-01-07

Aceptado: 15-03-07