

## **SUICIDIO E INTENTO DE SUICIDIO**

### **DESCRIPCIÓN CLÍNICA**

Los adolescentes que han presentado algún intento suicida se diferencian de aquellos que únicamente han referido ideación suicida por ser más autoexigentes, más sensibles a los sentimientos de desesperanza e introvertidos, y niegan tener o aceptar hablar de las ideas suicidas. La ideación suicida, a diferencia del intento, se caracteriza por que en éstas el paciente elabora planes de “cómo, dónde y con qué” cometerá el acto, así como pensamientos sobre el impacto que sus actos causarán en los otros. Por otra parte, las amenazas de cometer un acto suicida pueden ir acompañadas de acciones de iniciación o aproximación a conductas suicidas, como saltar de una ventana, correr hacia los coches o provocarse lesiones con objetos punzantes o cortantes. Otros métodos comunes en éste tipo de situaciones incluyen el provocarse lesiones superficiales en brazos o cuello. En adolescentes no es rara la cristalización de la ideación suicida en conducta suicida tras la aparición de un personaje público con un comportamiento suicida.

### ***Factores de riesgo***

En el año 2002, Forster y Wu propusieron dos tipos de factores de riesgo: los fijos y los modificables. Los primeros son aquellos en los que no existe la posibilidad de cambio, aún realizando intervenciones terapéuticas. Incluyen intento de suicidio previo, ideación suicida del momento, factores genéticos, de género, edad, etnia, situación económica y orientación sexual. Los adolescentes homosexuales se incluyen dentro de ésta población. Los factores de riesgo modificables son la ansiedad, la desesperanza, el acceso a medios para cometer suicidio, la interrupción de un tratamiento, la presencia de trastorno psiquiátrico severo, el aislamiento social y las enfermedades médicas.

La American Academy of Child and Adolescent Psychiatry reconoce como factores de riesgo para ambos sexos los trastornos del humor, la pobre comunicación entre padres e hijos y la existencia de intentos suicidas previos, en tanto que el uso de sustancias y/o alcohol incrementa significativamente el riesgo en adolescentes a partir de los 16 años. Los ataques de pánico son importantes a considerar cuando se presentan en mujeres, mientras que la agresividad aumenta el riesgo de ideación o intento suicida en varones. Es también un factor de riesgo la

historia de cambios rápidos de humor, cortos períodos de depresión, ansiedad y rabia que pasan a eutimia y/o manía, sobre todo si se asocian síntomas psicóticos con ideación paranoide y alucinaciones visuales o auditivas.

Por otra parte, aquellos adolescentes con trastornos de la identidad sexual tienen un riesgo aumentado, debido a que presentan múltiples factores de riesgo, tales como depresión, intentos suicidas previos, abuso de sustancias, victimización sexual, conflictos familiares y ostracismo en la escuela. A este grupo de adolescentes de alto riesgo se suman también aquellos niños o adolescentes víctimas de abuso sexual o físico.

### ***Factores de protección***

En contraste a la abundancia de estudios sobre el suicidio en niños y adolescentes, muy pocos han explorado esta importante parcela del fenómeno. En uno de ellos, Borowsky et al. consideran que la unión familiar, la buena vinculación con la escuela y el sentimiento de pertenencia al entorno reducen el riesgo de intentos suicidas en un 70-85%.

## **ETIOLOGÍA Y PATOGÉNESIS**

### ***Trastornos Psiquiátricos***

Los trastornos mentales asociados a suicidio e intento suicidio son, en su orden, depresión mayor, episodios maníacos y trastornos psicóticos. Síntomas independientes como ansiedad, agitación, alteración del sueño y trastornos psicósomáticos, así como los cambios de carácter y la labilidad afectiva e irritabilidad son menos habituales. El riesgo aumenta cuando a los trastornos del estado de ánimo se asocian el abuso de sustancias, alcoholismo y/o existen antecedentes de conductas agresivas.

Las mujeres presentan el doble de riesgo que los varones de presentar cuadros de depresión severa. Es importante considerar el riesgo de suicidio o de intento suicida en este tipo de pacientes, debido a que diversos estudios sugieren que la depresión mayor está altamente correlacionada con el suicidio en mujeres. En los varones, éste está más relacionado con un intento previo, consumo de alcohol, abuso de drogas y comportamientos impulsivos.

Finalmente, debe prestarse especial importancia a la posible aparición de conductas suicidas cuando, en semanas anteriores al cuadro depresivo, se presentan signos como retraimiento, cambios de humor, disminución en el

rendimiento escolar, pérdida de la iniciativa y de la autoestima, llantos repentinos, alteraciones en el sueño, pérdida de apetito y actividad motriz disminuida. Además, cuando no hay un cuadro depresivo asociado pero sí historia de niños o adolescentes violentos, agresivos y/o impulsivos, el riesgo de suicidio se eleva ante conflictos familiares.

### **Trastornos del Desarrollo y de Personalidad**

Con relación a las características de personalidad de estos adolescentes, tienen un nivel de ejecución personal alto y perfeccionista, se sienten humillados ante el fracaso y presentan disminución del rendimiento escolar. Esto nos llevan a identificar como factores precipitantes de conductas suicidas la pérdida de prestigio entre los compañeros, rupturas amorosas, problemas escolares, duelo, separación y rechazo.

Dentro de los trastornos de personalidad asociados al suicidio, el diagnosticado con más frecuencia es el Trastorno Límite de Personalidad (*borderline*). Otro grupo importante es el de pacientes con personalidad histriónica.

### **Factores Familiares y Sociales**

La frecuencia de suicidios, conductas agresivas y conductas autodestructivas es mayor en niños y adolescentes con familias estresantes. Es un factor de riesgo, además, para aquellos niños y jóvenes que están solos, sin familia o con poco apoyo social. Se asocian también como factores de riesgo la pobre comunicación entre padres e hijos, familias desintegradas y un escaso apoyo familiar. Finalmente, se considera un factor de riesgo en adolescentes la existencia de historia familiar de comportamiento suicida.

Existen importantes evidencias que apoyan que los suicidios pueden ser precipitados, en adolescentes vulnerables, por la exposición a suicidios reales o ficticios transmitidos a través de los medios de comunicación, en los que se muestran escenas de suicidios de importantes personalidades o representaciones de suicidios en populares series televisivas o en películas.

## **EVALUACIÓN**

Lo primero que se recomienda ante una tentativa de suicidio es determinar la intencionalidad, el riesgo de muerte, la persistencia de ideas suicidas y la probabilidad de volver a cometer el acto suicida.

La información debe obtenerse de diversas fuentes, que incluyen al propio paciente, padres o cuidadores, informes escolares y cualquier persona que tenga relación directa con el niño. En el caso de los adolescentes se considera importante también la información de los amigos y de la pareja. En el caso de los niños, además de las entrevistas se recomiendan el uso del juego y la observación de conductas.

Al investigar acerca del intento suicida, es importante prestar especial atención al método utilizado y a cuántas veces se ha intentado previamente. Es de considerar que varios intentos suicidas y el uso métodos inusuales que comprometan seriamente la vida del paciente son predictivos de riesgo real de suicidio consumado. En caso de que la urgencia sea por ingestión de medicamentos u otras sustancias, el clínico debe evaluar si éstas son potencialmente letales y si fueron ingeridos como un acto impulsivo o por el contrario existía una planificación previa, de manera que pueda comprobarse si ésta implicaba realmente un intento suicida.

El clínico debe ser cuidadoso e identificar a aquellos pacientes que tienen un riesgo potencial de muerte, que incluyen varones de 16 a 19 años, niños o adolescentes de ambos sexos que presentan un trastorno mental asociado (depresión, manía, psicosis), abuso de sustancias, agitación e irritabilidad. Además de estos deben considerarse también los factores ambientales y sociales, tales como aislamiento, estrés, la existencia en el entorno de patrones de imitación e historia familiar de psicopatología (comportamiento suicida, enfermedad bipolar, abuso físico o sexual). Cuando se sospecha la existencia de abusos sexuales se recomienda investigar si han sido antes del intento o coinciden con la ideación o el intento suicida.

En el caso de las adolescentes entre 15 y 17 años, son llevadas a urgencias sobre todo por ingestión de medicamentos que usualmente no ponen en riesgo su vida, ya que toman una sobredosis mínima, especialmente de analgésicos, los cuales no hacen efecto inmediatamente, no son letales y en la mayoría de las ocasiones ha habido una comunicación previa. Con éstas pacientes debe hacerse una historia que incluya especialmente relaciones familiares y afectivas, debido a que en la mayoría de los casos el intento es consecuencia de un acto impulsivo secundario a una pelea familiar o con la pareja.

Es además importante evaluar los motivos que han llevado al acto suicida, por ejemplo el interés por llamar la atención, el intento de modificar algo en las

relaciones personales, acompañar a algún familiar que ha muerto, evitar una situación intolerable o la venganza. Se considera que si estos motivos no han sido satisfechos en el momento de la evaluación, el riesgo suicida persiste.

<b>Guía orientativa para la exploración del niño/adolescente suicida</b>
1. Establecimiento de una relación positiva.
2. Comprensión del intento: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Razones probables y objetivos del intento (atención, venganza, muerte)</li> <li>b. Grado del intento de suicidio (letalidad, posibilidad de rescate, premeditación, grado de preparación)</li> <li>c. Riesgo actual</li> <li>d. ¿Presenta problemas crónicos o agudos?</li> <li>e. Diagnóstico psiquiátrico</li> </ol>
3. Determinación de otros riesgos: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Historia de intentos previos y desenlace</li> <li>b. Exposición o contacto con conductas suicidas (amigos o familiares)</li> </ol>
4. Presencia de factores de riesgo de repetición del intento: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Problemas con el alcohol</li> <li>b. Diagnóstico de trastornos de conducta</li> <li>c. No cumplimiento de tratamiento previo</li> <li>d. No vivir con familiares</li> </ol>
5. Esclarecer los problemas a los que se enfrenta el niño/adolescente: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Relaciones con padres, compañeros, pareja</li> <li>b. Problemas escolares, legales, sexuales</li> <li>c. Problemas con drogas</li> <li>d. Situación psicosocial insostenible (abusos, enfermedad mental familiar, carencia de hogar)</li> <li>e. Evidencia de funcionamiento pasado o de capacidad de afrontamiento</li> </ol>
6. Identificación de áreas de afrontamiento: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Existencia de alguna persona responsable dando apoyo</li> <li>b. Cómo fueron resueltas crisis pasadas</li> <li>c. Nivel de inteligencia, aptitudes, imaginación</li> </ol>
7. Valoración familiar: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Reconocen el problema</li> <li>b. Existencia de ayuda y seguimiento en el pasado</li> <li>c. Existencia de un sistema de apoyo familiar disponible (familia, trabajo, iglesia)</li> </ol>

## TRATAMIENTO

El niño o adolescente que ha realizado un intento suicida debe ser hospitalizado si su condición física es inestable y/o no es posible predecir si realizará otro acto suicida en el corto tiempo. Dentro de las indicaciones para la hospitalización deben incluirse: la incapacidad del paciente para establecer una adecuada alianza terapéutica con el clínico, cuadros psicóticos, intoxicación severa (drogas y/ o alcohol), varios intentos suicidas previos, trastorno depresivo mayor (sobre todo si se asocia a síntomas psicóticos), Trastorno Bipolar con ciclos rápidos

(o con irritabilidad e impulsividad), psicosis con alucinaciones (sobre todo si son mandatorias) y abuso de alcohol o drogas.

### **Momento médico-quirúrgico**

Se pretenderá la recuperación vital del paciente y evitar los daños de las lesiones producidas o posibles, así como la recidiva inmediata del daño y sus posibles secuelas. La conducta a seguir depende del tipo de lesión, el método utilizado, la clínica al momento del ingreso, la gravedad médica y el tiempo transcurrido desde el acto suicida hasta recibir la primera asistencia médica.

En el caso de que el método utilizado fuese la intoxicación medicamentosa (psicofármacos o analgésicos), se debe evacuar la cantidad no absorbida y neutralizar la sustancia ingerida y absorbida, o bien eliminarla por medio de diálisis o diuresis forzada en el caso de que esto sea posible.

### **Momento médico psiquiátrico**

Este debe iniciarse cuando el niño o adolescente no presente riesgo suicida evidente y su vida esté fuera de peligro. El personal de urgencias debe establecer una adecuada relación con el suicida y su familia, sin culpabilizarles, además de explicar la importancia del tratamiento.

Al inicio de la entrevista en urgencias se recomienda preguntar, según la edad del paciente, “¿qué pasó?” o “¿qué hiciste?”, evitando culpabilizar al paciente (ya que lo más importante en este momento es establecer una relación de apoyo y mostrar respeto hacia su intimidad). Se recomienda evitar actitudes agresivas, punitivas o denigrantes, así como actitudes reduccionistas o minimizadoras del acto suicida.

Se deben valorar la dinámica familiar, el tipo, cantidad y estructuración de los problemas familiares, los recursos y las posibilidades de apoyo, contención y movilización. El apoyo familiar es necesario para un correcto abordaje terapéutico, por lo que se ha de plantear la disposición y apoyo del clínico buscando el establecimiento de una dinámica de trabajo en equipo.

En el momento en que se ha de valorar la hospitalización se debe buscar el logro del inicio del cambio o cambios mínimos necesarios, siguiendo el modelo de corta estancia.

<b>Indicaciones absolutas de ingreso:</b>
a. Tratamiento médico de la tentativa (intoxicación por analgésicos, antidepresivos...) b. Tratamiento psiquiátrico (ideación suicida persistente o alto riesgo de suicidio, depresión severa, psicosis con predominio alucinatorio) c. Tratamiento psicosocial: la familia no puede hacer una adecuada contención (observación las 24 horas del día, eliminación de armas y tóxicos y retorno con el niño para visita ambulatoria).
Estos indicadores deben utilizarse con la siguiente máxima: <b>“ante la duda, ingresar”</b> .

### **Momento psicoterapéutico**

#### **Psicoterapias**

La American Academy of Child and Adolescent Psychiatry recomienda que éstas sean un componente importante en el tratamiento de los intentos suicidas asociados a trastornos mentales, las cuales deben ser adecuadas a cada paciente. Dentro de las que se incluyen están la terapia Cognitivo-Conductual, la terapia Interpersonal, la Psicodinámica y la Familiar o Sistémica. No obstante, las evidencias sobre la eficacia de cualquiera de estas intervenciones son aún escasas.

#### **Farmacológico**

Se pautará el tratamiento farmacológico indicado según el trastorno psiquiátrico presente en el paciente. Cualquier tratamiento farmacológico debe ser supervisado por una tercera persona, de manera que pueda reconocerse inmediatamente cualquier cambio inesperado en el estado de ánimo, agitación y/o efectos secundarios que puedan indicar la hospitalización o la necesidad de un ajuste en la dosis del fármaco.

Se ha generado gran controversia con el uso de los antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) como tratamiento para la depresión en niños y adolescentes. Los ensayos clínicos realizados demuestran una evidente eficacia (sin riesgo aumentado de suicidio) para la fluoxetina. Para el uso de sertralina los resultados fueron también positivos, aunque modestos. Un estudio con citalopram reflejó un importante abandono del tratamiento, mientras que los realizados con venlafaxina fueron negativos. Sin embargo, para éste último fármaco las dosis utilizadas estaban por debajo de lo terapéuticamente recomendado para adultos.

El uso de medicación estimulante en el tratamiento de pacientes niños o adolescentes suicidas y co-diagnóstico de TDAH no está contraindicado.

## **PREVENCIÓN DE LAS CONDUCTAS SUICIDAS**

Un factor muy frecuente (presente en cerca del 90% de los suicidas) y potencialmente modificable es la enfermedad mental padecida por el sujeto. A él se suman los sucesos adversos (aunque su relativa frecuencia en la adolescencia y la dificultad de preverlos hace difícil su anticipación), frecuentemente acrecentados en el caso de existir una enfermedad psiquiátrica, y la existencia de apoyos externos inadecuados. No obstante, aún en el caso de darse todos ellos la mayor parte de los pacientes que los experimentan no recurren al suicidio.

Por todo ello, un pilar básico e imprescindible en la prevención de la conducta suicida en niños y adolescente es la disponibilidad de una red de Salud Mental adecuada, adaptada a las necesidades específicas de este grupo etario, suficiente y específicamente formada y experimentada en su evaluación y tratamiento.



**BIBLIOGRAFÍA**

- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Suicidal Behavior. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001; 40 (7): 24S-51S.
- Borowsky IW, Ireland M, Resnick MD. Adolescent suicide attempts risk and protectors. *Pediatrics* 2001; 107: 485-493.
- Brent D. Antidepressants and pediatric depression - the risk of doing nothing. *N Engl J Med* 2004; 351: 1598-1601.
- Carlson GA, Abbot ST. Mood disorders and suicide. En: Kaplan HI y Sadock BJ (eds.). *Comprehensive textbook of Psychiatry*/VI. Baltimore, Williams & Wilkins, 1995.
- Forster, PL, Wu, LH. Assessment and treatment of suicidal patients in an emergency setting. *Re Psychiatry* 2002; 21: 75-113.
- Gastaminza X. La hospitalización psiquiátrica en niños y adolescentes. *Rev Psiquiatr Infanto-Juv* 1995; 4: 209-211.
- Gould MS. Suicide and the media. *Ann N Y Acad Sci.* 2001; 932: 200-221.
- Schmitz G. Juvenile Suicidal Behavior. 16<sup>th</sup> World Congress of the IACAPAP.