

Suicidio en la adolescencia

1. Introducción

Las defunciones en adolescentes por suicidio indican un aumento de los mismos en los últimos veinte años y un crecimiento exponencial de las consultas por intento de suicidio en los servicios de salud, situación que requiere de una intervención efectiva. El suicidio es considerado un problema de salud pública grave y creciente a nivel mundial. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), por cada muerte por suicidio se registran 20 intentos. En la Argentina, en los últimos veinte años, la tasa de mortalidad por suicidio creció considerablemente en los grupos más jóvenes (15 a 24 y 25 a 34 años). Mientras que se redujo significativamente en los grupos de más edad (mayores de 55 años) que históricamente registraron las tasas más altas.

Resulta significativo el crecimiento progresivo de las tasas de suicidio en los/las adolescentes y jóvenes, siendo los varones quienes contribuyen principalmente a dicho aumento. En promedio, son las mujeres quienes cometen más intentos mientras que los varones lo consuman en mayor medida. Actualmente, es la 2ª causa de defunción en el grupo de 10 a 19 años. En cuanto a las tasas de suicidio por provincias, las más afectadas en el último trienio son Neuquén, Chubut, Santa Cruz, Tierra del Fuego, Salta y Jujuy (Dirección de Estadísticas e Información de Salud, Ministerio de Salud de la Nación).

Su atención puede ser realizada en servicios de emergencia u otros ámbitos sociosanitarios. Es importante efectuar una atención en red, priorizando un abordaje comunitario y un seguimiento territorial, promoviendo la accesibilidad al sistema.

Este documento se enmarca en la legislación vigente, documentos internacionales vinculantes, destacándose la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, la Convención para los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes y la Ley N° 26.061.

El suicidio es definido por la Organización Mundial de la Salud (2010) como “El acto deliberado de quitarse la vida”. Sin embargo, cada vez más, este evento de la vida humana es considerado en toda su complejidad, teniendo un alcance colectivo, como problema sanitario y social.

A los fines de este resumen, se considera intento de suicidio a toda acción autoinfligida con el propósito de generarse un daño potencialmente letal, actual y/o referido por el/la adolescente y/o referente/acompañante.

Diversas investigaciones se han ocupado de averiguar los factores que los adolescentes ubican como causales de su intención suicida, identificando, entre ellos, la inestabilidad familiar por peleas o incomunicación, la pérdida de un ser querido, el aislamiento social y los sentimientos de soledad y de fracaso. Otros autores sitúan dicha problemática adolescente en función de los cambios propios de esta etapa evolutiva, o como el efecto de un debilitamiento cada vez mayor de los lazos sociales sufrido por los jóvenes.

Las conductas autolesivas no deben minimizarse. Exponen al adolescente a situaciones de riesgo y dan cuenta del malestar que una persona y/o grupo humano padece. La intervención del equipo de salud posibilita el trabajo terapéutico sobre dicho sufrimiento y la prevención de comportamientos de riesgo en el futuro.

2. Marco legal

2.1 Aspectos legales en la atención del intento de suicidio en la urgencia.

Toda persona que realizó un intento de suicidio tiene derecho a ser atendida en el marco de las políticas de salud y la legislación vigente. El equipo de salud tiene prioridad de asistir a los niños, niñas y adolescentes sin ningún tipo de menoscabo o discriminación (Convención de los Derechos del Niño, arts. 4, 24; Ley N° 26.061, arts. 5, 14, 28; Ley N° 26.529, art. 2 inc. a; Ley N° 26.657, art. 7). El Código Penal no califica al intento de quitarse la vida como delito. El artículo 19 de la Constitución Argentina establece el principio de autonomía personal, reconociendo el derecho de las personas a decidir libremente sobre su propia vida y su propio cuerpo, impidiendo al Estado - y a cualquier sujeto - interferir en dichas decisiones adoptadas libremente por la persona. **Por lo tanto, no se debe denunciar a la policía ni adoptar medidas de encierro por intento de suicidio. Toda lesión grave se deberá denunciar ante la autoridad fiscal, judicial y/o policial** para que investigue si se halla configurado alguno de los delitos de lesiones previstos por el Código Penal (arts. 89 a 94). **Deber que le corresponde al profesional de la salud en ejercicio de su función.**

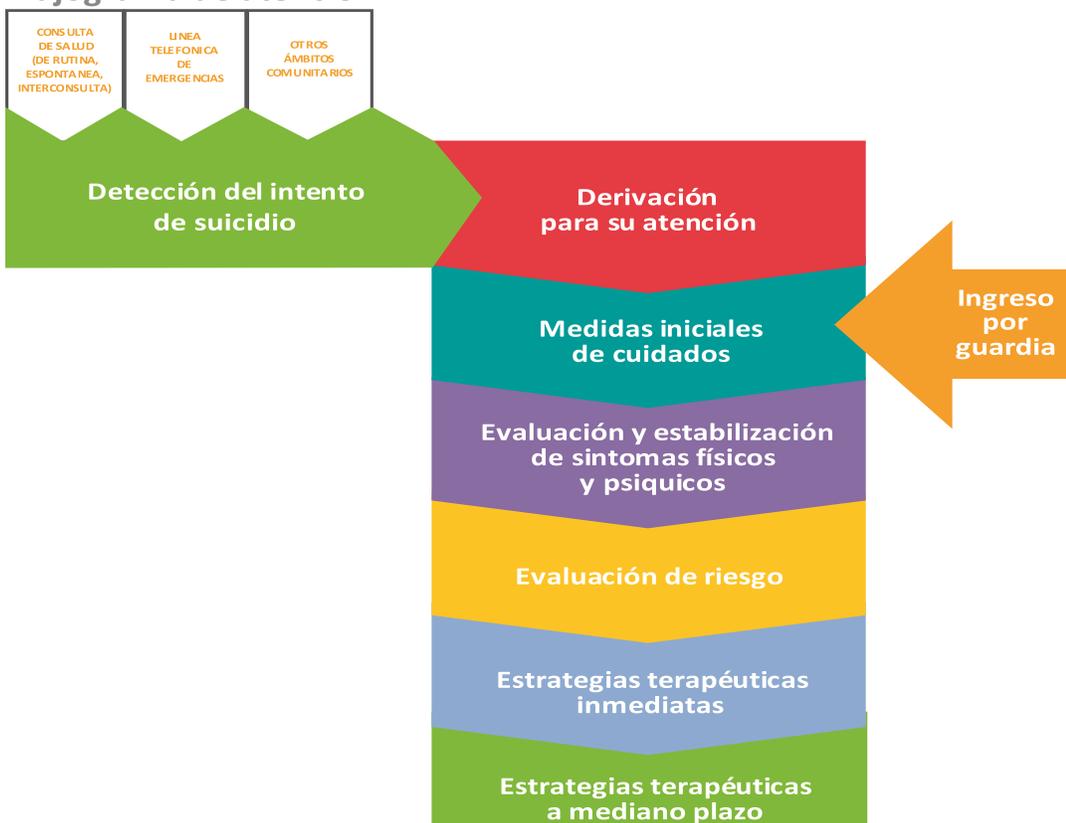
Considerando que el adolescente que comete un intento de suicidio se encuentra en situación de vulnerabilidad o amenaza grave de derechos del niño, niña o adolescente (Ley N° 26061 – arts. 9, 3º pár., 30 y 33) **es obligatoria la comunicación a la autoridad administrativa de protección de derechos del niño que corresponda en el ámbito local.** Esto es a los efectos de solicitar medidas de protección integral de derechos que se estimen convenientes. **Es preciso tener en cuenta la diferencia entre la denuncia y la comunicación.**

En cuanto su estado de conciencia lo permita, deberá obtenerse el consentimiento informado del propio adolescente. Es necesario que los/las adolescentes tengan oportunidad de exponer sus opiniones libremente y que sean consideradas, debiéndoseles suministrar información sobre su estado de salud, los tratamientos que se propongan y sus efectos y resultados.

Los trabajadores de la salud tienen el compromiso de asegurar la confidencialidad de la información médica referente a los/las adolescentes. Esa información sólo puede divulgarse con consentimiento del adolescente o sujeta a los mismos requisitos que se aplican en el caso de la confidencialidad de los adultos.

3. Recomendaciones para un abordaje integral del intento de suicidio.

Flujograma de atención



a. Detección del intento de suicidio.

La detección de conductas autolesivas es siempre una urgencia.

Toda derivación a un servicio de Emergencia deberá efectuarse con un integrante del equipo de salud. No se deberá enviar únicamente a la persona y/o a su acompañante vincular con nota de derivación.

La mejor forma de detectar si las personas tienen pensamientos suicidas es preguntándolo. Suelen ser indicadas preguntas que gradualmente profundizan el tema. Ver anexo 4.

b. Medidas iniciales de cuidado.

- Atención receptiva y humanitaria, en ambiente de privacidad, disponiendo de tiempo.
- La persona no debe permanecer en ningún momento sola.
- Evaluar el entorno acompañante.
- Cuidar el entorno: elementos peligrosos, puertas, ventanas, etc.
- No desestimar los relatos, ni emitir juicios de valor o morales.

c. Evaluación y estabilización de síntomas psíquicos y físicos.

c.1 Evaluación:

Signos vitales, examen físico completo, probables signos de abuso o maltrato, evaluar la posible ingestión de alcohol u otras drogas, descartar embarazo. **Siempre en presencia de adulto acompañante u otro integrante del equipo de salud.**

Evaluación psíquica: Puede ser realizado por el profesional médico, de salud mental o integrante del equipo a cargo.

Estado de conciencia: vigil, obnubilado o confuso inconsciente, hipervigilante.

Grado de orientación: autopsíquica y alopsíquica.

Evaluar estado cognitivo global: atención, concentración y memoria.

Aspecto físico: descuidado, vestimenta extravagante o bizarra, falta de higiene (siempre evaluado dentro del contexto socio cultural y etario).

Estado motriz: el trastorno del comportamiento gestual y motor constituyen una forma privilegiada de expresión patológica, inquietud, desasosiego, hiperactividad motriz, impulsividad, excitación, inhibición, catatonía.

Actitud: colaboradora, reticente, querellante, agresiva, inhibida.

Lenguaje: verborrágico, mutismo, habla espontáneamente, neologismos.

Pensamiento: Curso: taquipsiquia, bradipsiquia, interceptado, sin idea directriz, fuga de ideas. Contenido: ideación coherente, delirante: de grandeza, de persecución, mística, pueril, obsesiones, ideas de desesperanza y muerte (ver Anexo 4, detalle de Evaluación de ideación suicida).

Alteraciones de la sensopercepción: alucinaciones visuales, auditivas, olfativas, cenestésicas.

Afectividad: humor expansivo (manía), humor deprimido (depresión), indiferencia afectiva (esquizofrenia), labilidad.

Sueño: insomnio o hipersomnio.

Actitud alimentaria: anorexia, negativa a comer, hiperorexia.

Juicio: conservado, desviado.

Se debe prestar especial atención y tomar medidas de cuidado necesarias frente a la persona que presente:

Nivel de ansiedad alto; llanto incoercible; actitud o conducta lesiva; amenazas verbales o actitud amenazante; retraimiento, hermetismo, mutismo o catatonía; actitud desconfiada, temerosa o francamente paranoide; estado alucinatorio franco; confusión mental.

c.2 Estabilización:

Tratamiento de los síntomas psíquicos que se presenten en la urgencia, priorizando la intervención verbal. Hacer uso de intervención farmacológica y/o contención física en caso de ser necesario. Descartar intoxicación con sustancias y su coexistencia.

4. Evaluación de riesgo.

Está indicada en todas las personas que hayan realizado algún intento, expresado ideas o intenciones suicidas, o cuyas acciones lo sugieren, aunque lo nieguen.

Entrevistar: Al adolescente, al adulto referente y/o núcleo familiar acompañante, otros referentes, pares presentes o que se considere pertinente convocar (novia/o, amiga/o, vecino, maestro, etc.).

Siempre se deberá convocar al/ los adultos responsables a cargo. En caso que no estuvieran presentes, se convocarán de inmediato y se aguardará su presencia para completar la evaluación. Si no se cuenta con referentes adultos a cargo se debe comunicar a la autoridad administrativa de protección de derechos del niño/ adolescente que corresponda en el ámbito local, asegurando la confidencialidad de la información aportada por el/la adolescente.

Se recomienda evaluar los siguientes factores:

A) de riesgo:

Sexo: Varón;

Letalidad del método:

- **Alta:** Ahorcamiento, arma de fuego, arrollamiento, lanzamiento de altura, intoxicación con gas, electrocución, intoxicación con elementos altamente tóxicos o poco tóxicos, pero en altas cantidades y heridas cortantes profundas;
- **Moderada o baja:** Ingestión de sustancias o medicamentos de baja toxicidad y pequeña cantidad; cortes leves, escasos y superficiales;

Planificación del acto: Existencia de un plan minucioso; escribir notas o cartas que no pudieran ser encontradas fácilmente; Existencia de un plan reiterado en el tiempo.

- **Circunstancias en la que se concretó el plan:** No amenazó ni presentó ninguna actitud que pudiera advertir a alguien; estaba solo cuando ejecutó el plan y/o no avisó a nadie luego; lo llevó a cabo en circunstancias que hacían difícil la interrupción y/o el rescate o procuró el tóxico o el elemento riesgoso y lo guardó un tiempo hasta ejecutar el plan.
- **Grado de impulsividad:** El acto se llevó a cabo sin la posibilidad de reflexión, generalmente en un contexto de conducta disruptiva y/o violenta y de manera tan abrupta que hacen imposible o dificulta su interrupción por otros. **La impulsividad es considerada en sí misma un factor de riesgo.**
- **Actitud y afecto posterior al intento:** No procura asistencia; trata de impedir o dificultar su rescate; no manifiesta arrepentimiento o alivio por haber fallado; se muestra indiferente o con poca conciencia del riesgo al que se expuso.
- **Estado psíquico al momento de la consulta:** Obnubilación o confusión; excitación psicomotriz, agresividad; Expresión manifiesta de planes autoagresivos; Ideación implícita de autolesión, de muerte y/o suicida; desesperanza, baja autoestima, desinterés generalizado, tristeza; incapacidad manifiesta o inferible para el manejo de sus afectos; aislamiento y dificultad severa para vincularse afectivamente. Otros síntomas psíquicos tales como: desinhibición, alucinaciones injuriosas, ideas delirantes de auto referencia, grandiosidad o místicas de sacrificio, insomnio, impulsividad.

Existencia de:

Intoxicación o consumo agudo de sustancia.	Acción autolesiva previa.	Trastorno mental previo	Patología orgánica grave, crónica o terminal	Existencia de evento estresante desencadenante	Contexto socio familiar
		<ul style="list-style-type: none"> • Depresión, manía, hipomanía, impulsividad • Esquizofrenia • Antecedentes de tratamientos de salud mental. 	<ul style="list-style-type: none"> • Diabetes, HIV, patología oncológica, enfermedades sistémicas, autoinmunes, neurodegenerativas, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Muerte o enfermedad de familiar y/o amigo • Abuso sexual o maltrato • Aborto o embarazo no deseado • Conflictos familiares • Conflictos con pares • Dificultades o fracasos escolares 	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitación o inducción explícita/ implícita por parte del adulto. • Actitud desinteresada o negligente del adulto frente al hecho. • Historia familiar de suicidios consumados o intentos. • Historia familiar de trastorno mental. • Historia de violencia intrafamiliar. • Historia familiar de abuso sexual y maltrato. • Existencia de patología grave, crónica o terminal en la familia. • Red familiar actual poco continente. • Inexistencia o insuficiencia de red social de pares. • Incontinencia escolar o pérdida de escolaridad. • Acoso escolar o ciber acoso. • Antecedentes de intentos o suicido entre pares. • Autoagresión como modalidad habitual en grupo de pares. • Pertenencia a un sistema de creencias que exalten la muerte. • Vulnerabilidad socioeconómica.

B) De protección:

Patrones familiares: Buena relación con sus miembros de la familia; apoyo de la familia.

Estilo cognitivo y personalidad: Buenas habilidades sociales; confianza en sí mismo, en su propia situación y logros; búsqueda de ayuda cuando surgen dificultades.

Factores culturales y sociodemográficos: Integración social (deportes, asociaciones religiosas, clubes, etc.); buenas relaciones con pares y adultos; apoyo de personas relevantes.

5. Estrategias terapéuticas inmediatas.

a) Internación o permanencia en guardia o sala del hospital polivalente para observación.

Evaluación por profesional de salud mental en un lapso no mayor a 48 hs. No se debe indicar derivación a institución monovalente de Salud Mental.

b) Alta Institucional y tratamiento ambulatorio de Salud Mental.

No dar el alta sin previa valoración por profesional de salud mental si asociado al intento de suicidio/autolesión se presenta alguno de los siguientes factores de riesgo:

<ul style="list-style-type: none"> • Acción autolesiva grave o método de alta letalidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Alto grado de impulsividad o planificación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Persistencia de la ideación suicida o autolesiva. 	<ul style="list-style-type: none"> • Presencia de patología mental: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Autoconcepto deteriorado o denigratorio ✓ Ideas de desesperanza o síntomas depresivos ✓ Alteración de la sensopercepción o ideación delirante relacionada con la autoagresión. ✓ Síntomas graves de impulsividad.
<ul style="list-style-type: none"> • Consumo problemático de alcohol o sustancias psicoactivas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Excitación psicomotriz o ansiedad incoercible. 	<ul style="list-style-type: none"> • Retraimiento severo que no permite la evaluación. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Historia de situaciones traumáticas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad crónica, grave o de mal pronóstico 	<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de red socio-familiar de contención 	
<ul style="list-style-type: none"> • Intentos previos o en personas cercanas 	<ul style="list-style-type: none"> • Antecedente de retraimiento social o aislamiento grave. 		

Se podrá considerar la posibilidad de alta con indicación de seguimiento por el equipo de salud mental cuando se verifiquen todos o algunos de los siguientes ítems:

<ul style="list-style-type: none"> • Acción autolesiva de bajo grado de agresión. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ideación de poca consistencia 	<ul style="list-style-type: none"> • Contexto familiar medianamente continente 	<ul style="list-style-type: none"> • Referentes vinculares comprometidos con el cuidado
	<ul style="list-style-type: none"> • Acuerdo con la necesidad de continuar tratamiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Puede garantizarse el seguimiento 	

Se otorgará el alta si se puede garantizar:

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Turno para salud mental: nombre y apellido del profesional, fecha y hora, en un plazo no mayor a 7 días | <ul style="list-style-type: none"> • Acompañamiento permanente por un referente afectivo adulto |
|---|--|

6. Estrategias terapéuticas a mediano plazo.

Evaluar:

- ✓ La situación global y persistencia de riesgo, profundizando en aspectos del funcionamiento psíquico y en el efecto que ha producido la permanencia del adolescente en observación.
- ✓ Considerar las modificaciones que pudieron o no haberse producido en ese breve lapso de tiempo, teniendo en cuenta:

Cambio o persistencia de conducta en relación al hecho	Disminución de síntomas psíquicos revelados en la urgencia	Si fue indicado, respuesta al tratamiento farmacológico	Sistema familiar como contexto continente
Conformación de red familiar y/o social ampliada	Salud mental: agravamiento, persistencia, disminución del riesgo. Nueva estrategia de seguimiento a corto y mediano plazo		En los casos de mayor gravedad, la institución puede ser el marco de contención

Es fundamental el registro en el libro de guardia y en la historia clínica en donde conste lo actuado: diagnóstico, pronóstico, evolución, evaluación de riesgo y las razones que motivaron la estrategia.

En relación al ámbito de tratamiento:

- ✓ Jerarquizar tratamiento ambulatorio, en hospital general, cercanía geográfica y seguimiento por especialista, si esto no se puede garantizar valorar internación.

La estrategia del tratamiento ambulatorio incluye:

Terapia individual	Control salud mental farmacológico periódico	Entrevistas periódicas con adulto a cargo o referentes	Entrevistas vinculares con el grupo familiar, con o sin el paciente
Seguimiento durante un plazo mínimo de 6 meses, debido al riesgo más inmediato de nuevos intentos.			Apoyo psicosocial.

Es importante implementar las estrategias necesarias para garantizar la continuidad del tratamiento.

Realizar evaluación interdisciplinaria en el lapso determinado por los profesionales actuantes para la evaluación de salud mental y eventual control farmacológico por especialista de:

- Forma inmediata.
- Forma diferida (no más de una semana).

Apoyo psicosocial:

Se recomienda:

- Asesorar al entorno de cuidado mientras persista el riesgo.
- Ofrecer apoyo emocional a familiares y/o cuidadores.

Restricción del acceso a métodos de autoagresión.
Preguntar directamente a la persona acerca del intento de suicidio a menudo.
Frente a la frustración del entorno evitar críticas severas y hostilidad.

- En el ámbito escolar se recomienda prestar especial atención al contexto áulico, o de pares, en los cuales la manifestación de emergentes puede alertar sobre una situación de riesgo en el grupo de pertenencia.
- Fortalecer la articulación con las instancias administrativa y legal según corresponda: Organismos de protección de derechos del adolescente, organismos del ámbito judicial, etc.
- Complementar el enfoque tradicional de riesgo con la perspectiva de construcción de factores protectores, en el propio sujeto como en su entorno:

Construir una red de sostén afectivo: coordinar el apoyo social de los recursos comunitarios disponibles, tanto informales (familiares, amigos, vecinos), como formales (líderes religiosos, maestros). Es fundamental la **presencia de un adulto significativo**, el **afianzamiento de lazos afectivos** y la **inclusión en actividades sociales**.

Características del abordaje psicosocial:

- ✓ **Fortalecer los recursos de salud y los factores protectores de la persona.**
- ✓ **Entender la noción de crisis como etapa de la vida por la que todo ser humano debe pasar.**
 - ✓ **La rehabilitación está ligada a la cotidianeidad de las personas.**
- ✓ **La comunidad como nivel de intervención de mayor complejidad e importancia para la salud mental.**