

Rafael Vásquez R., MD

Una urgencia singular: el intento de suicidio en niños y adolescentes

- Introducción
- El intento de suicidio
- Objetivos de la intervención
- La atención de la urgencia
- Corolario

INTRODUCCIÓN

UNA DE LAS PEORES experiencias con las que un médico tiene que enfrentarse es el suicidio o el intento de suicidio de un niño o de un adolescente. Las reacciones más comunes de los médicos que han pasado por esta situación son incredulidad, pérdida de la confianza, enojo y vergüenza. El suicidio de un paciente puede desencadenar sentimientos de inutilidad, dudas sobre su propia competencia y temor por su reputación. Además, los médicos confrontan la enorme dificultad de tratar con la familia y los amigos del suicida.

La literatura sobre los procedimientos a realizar en la atención de urgencias psiquiátricas del intento de suicidio es muy amplia y varias de ellas hacen énfasis en la necesidad de instaurar un tratamiento farmacológico. Sin embargo, es necesario tener en cuenta que al tratamiento farmacológico se debe agregar la intervención psicoterapéutica para abordar las necesidades del paciente y su familia.

El mejor trato es la actitud de apoyo y comprensión hacia el niño o adolescente y hacia sus familiares durante el período de la atención de la urgencia, actitud que debe basarse en el conocimiento de la patología del paciente y en las habilidades de su cuidado, con el objetivo de limitar el daño físico y emocional.

En el presente capítulo abordaremos el análisis de los diferentes factores relacionados con la actitud a asumir en el manejo de los intentos de suicidio en niños y adolescentes en la consulta de urgencias.

EL INTENTO DE SUICIDIO

El intento de suicidio se atiende en urgencias, generalmente, en niños mayores de 7 años, porque en niños más pequeños el intento se confunde con un accidente. El prototipo más frecuente de intento de suicidio es el de una adolescente que consume uno o varios medicamentos con la intención de quitarse la vida, intento que en la mayoría de los casos, deja pocas secuelas físicas. Con menos frecuencia se observan intentos de suicidio por heridas en las muñecas o en el cuerpo y, últimamente, en Bogotá, han ido en aumento el número de suicidios por suspensión o por defenestración en adolescentes.

El intento de suicidio es frecuente en niños o adolescentes deprimidos crónicamente, en quienes la ansiedad aumenta intensamente, como una vivencia aguda e intolerable que los conduce a la decisión suicida.

No hacemos diferencia entre gestos, amenazas y verdaderos intentos porque en todos los casos es preciso actuar de igual manera. Es imperioso considerar todo intento de suicidio en forma seria y responsable y estudiar los factores asociados o desencadenantes de esta conducta para mejorar la condición física del paciente y tratar el cuadro clínico subyacente.

OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN

Es necesario tener en cuenta que el paciente y sus familiares han acudido a urgencias para salvar la vida del paciente y para encontrar ayuda y comprensión. Por estas razones el médico o el psiquiatra deben evitar los reclamos o regaños y toda actitud que haga sentir despreciados, censurados o culpables al paciente o a sus familiares.

Cuando un muchacho llega a urgencias con su familia porque intentó suicidarse requiere de una atención especializada que debe tener los siguientes objetivos:

- Control de la lesión autoinflingida.
- Mantenimiento de las condiciones de vida.
- Comprensión de la naturaleza del daño y sus secuelas.
- Disminución de la angustia que genera la emergencia.
- Evitación de un nuevo intento de suicidio.

LA ATENCIÓN DE LA URGENCIA

Las siguientes recomendaciones deben ser tenidas en cuenta al atender la urgencia de un intento de suicidio en un niño o en un adolescente.

- El primer paso es asignar un tiempo adecuado al paciente, aunque muchos otros puedan estar esperando fuera del consultorio. Al mostrarse bien dispuesto a entender, el médico empieza a establecer una relación positiva con el paciente.

- No pretenda como médico tratante de urgencias conocer la causa del intento de suicidio; por ahora es necesario centrarse en mantener con vida y estabilizar al paciente.

En la atención de la urgencia el identificar los factores desencadenantes no es importante, aunque es bien sabido que el intento de suicidio es predictor de nuevos intentos. La identificación de los antecedentes será el objetivo de la intervención del psiquiatra, quien las valorará y tratará.

El control de la reincidencia o la posibilidad de un nuevo intento se logra con la prescripción de ansiolíticos, que deben ser suministrados por el personal de enfermería o bajo el cuidado de los padres, mientras el niño o adolescente empieza a recibir un tratamiento especializado.

- No censure ni regañe al paciente, que en ese momento alberga múltiples sentimientos: angustia, depresión, miedo, autorreproche y culpa.

Es muy seguro que su conducta ya haya sido reprochada o censurada por sus padres en forma emotiva, al ser presos de la angustia y el miedo, ante el peligro inminente de muerte que puede representar el intento de autoeliminación.

El ser reprochado o censurado por el médico no es terapéutico y, por el contrario, incrementa los sentimientos de abandono y desesperanza.

- Intente tranquilizar a los padres quienes se encuentran asustados y por esta razón presionan y exigen una explicación no solamente para comprender la situación sino también para disminuir la ansiedad y la culpa.

Con frecuencia para ellos no existe una justificación para la conducta suicida: “es que en mi familia nadie ha hecho eso... pero si se le da de todo... acaba de llegar de Miami...no entiendo qué le pasó... deben ser que las malas amistades lo llevaron a cometer esa locura... ¿será que está embarazada la niña?... ¿cómo nos va a hacer esto?”.

- No deje que la angustia lo contamine para que pueda actuar serenamente y poder brindarle su apoyo al paciente. Acérquese al

joven con amabilidad, háblele despacio y claro, inicie la conversación preguntándole por cosas elementales para romper el hielo y disminuir la tensión, tome la mano del paciente y hágale sentir que comprende su situación.

Las preguntas cerradas y directas al comienzo de la entrevista no son muy útiles. Comentarios como “Te ves muy alterado; cuéntame más al respecto” da mejores resultados. Escuchar con empatía es de por sí un gran paso para reducir el nivel de desesperación del suicida.

Por ningún motivo, adopte el papel de padre o cónyuge traicionado.

- Asegure las condiciones vitales del paciente, explicando los procedimientos al paciente y a los familiares. Hágalos sentir que está haciendo lo necesario para preservar la vida del paciente, sin dejarle sentir que está consultando con ellos los procedimientos a seguir. Muéstrese sereno y conecedor de las lesiones, la naturaleza del daño, las secuelas y del tratamiento a seguir.
- Informe a los familiares sobre el alto riesgo que existe de un nuevo intento de suicidio, especialmente durante el primer año, y de la necesidad de instaurar un tratamiento especializado para disminuir este riesgo.
- Solicítele a los familiares que acompañen al paciente para disminuir la sensación de abandono e identificar y disminuir la posibilidad de un nuevo intento de autoeliminación.

Es conveniente que les explique en forma serena y clara, sin alarmarlos, hasta cuando tenga la certeza que los familiares comprendieron el riesgo y las recomendaciones que les ha dado para evitar un nuevo intento de suicidio.

- Mantenga la serenidad frente a las preguntas insistentes de los familiares sobre las causas del intento de suicidio. No se trata de una simple actitud de acoso, es un comportamiento perseverante fruto de la angustia.

Cuando los padres tienen la sensación de haber salvado a su hijo, de haberlo rescatado de la muerte, quieren saber cómo superar las posibles

causas del comportamiento suicida. Explíqueles de nuevo la necesidad de buscar la ayuda especializada que los guíe en la identificación de los factores protectores y desencadenantes de la conducta suicida y motive-los para que adopten una actitud de comprensión hacia el hecho.

- Informe al paciente, en forma serena y clara, sobre su estado de salud, el riesgo de un nuevo intento y los cuidados que debe tener. Tenga en cuenta la condición del paciente; si tiene una sonda nasogástrica no pretenda que hable, con que asienta con la cabeza es suficiente.
- Resuelva las preguntas que el paciente tiene sobre su salud y, no le minimice el significado del incidente, pero tampoco lo alarme.
- Si el paciente no recibe atención psiquiátrica en la sala de urgencia, haga lo necesario, desde el punto de vista administrativo, para que sea atendido en las próximas 72 horas. Es importante que este hecho les quede claro a los pacientes y a sus familiares.
- Si prescribe ansiolíticos debe asegurarse que sea un adulto quien le suministre la medicación al paciente. Por ningún motivo el paciente debe responsabilizarse de la medicación en los primeros días posteriores al intento de suicidio.

Esta decisión puede ser catalogada por el paciente como una actitud de desconfianza en él y es preciso aclararle que se trata de un acto de desconfianza, que está basado en el alto riesgo que existe de un nuevo intento de suicidio, que es independiente del estado emocional, del arrepentimiento y del compromiso del paciente con el tratamiento. Por ningún motivo “negocie” esta responsabilidad con el paciente.

- Escuche y apoye a los padres y trate de disminuir los sentimientos de culpa. Escoja un lugar adecuado lejos del paciente. Si bien los sentimientos de culpa y los autorreproches son intensos en primera instancia comienzan a disminuir con el paso del tiempo y en la medida en que se recupera el paciente.
- Valore el intento de suicidio en su verdadera dimensión. Todo intento de suicidio, aunque su grado de letalidad sea mínimo puede ser seguido por un nuevo intento de autoeliminación.

Si con el paso de las horas ha disminuido la angustia en los padres y en el paciente y observa que ha reaparecido entre ellos un clima de confianza, no crea “que no ha pasado nada”. Se trata solamente de la aparición de una actitud de apoyo y comprensión que es incapaz de disminuir los riesgos de un nuevo comportamiento suicida.

- Algunos médicos se sienten incómodos con estos pacientes. Es importante tomar conciencia de ese sentimiento y buscar ayuda de colegas, y posiblemente profesionales en salud mental, cuando se enfrentan a estos pacientes. No crea en los mitos que existen sobre el suicidio. Los individuos que comunican su decisión de suicidarse en un buen porcentaje lo logran.
- Los mitos impiden que el paciente sea valorado en forma adecuada, que pueda identificar y modificar los factores relacionados con su conducta suicida y disminuir el riesgo de un nuevo intento.

Mitos	Realidad
Los pacientes que hablan sobre suicidio raramente cometen suicidio.	Los pacientes que se suicidan han dado algún indicio o advertencia de antemano.
Preguntarle sobre suicidio a un paciente, puede desencadenar actos suicidas.	Preguntar sobre el suicidio reduce la ansiedad que rodea el suceso; el paciente puede sentirse liberado y mejor comprendido.

COROLARIO

Las consideraciones y recomendaciones que han sido evaluadas y comentadas anteriormente pretenden ser solamente una guía, que el médico debe ajustar teniendo en cuenta las diferencias individuales de cada paciente y las circunstancias del intento de suicidio.

La atención adecuada y comprensiva de la urgencia desencadenada por el intento de suicidio en un niño o en un adolescente resulta primordial no solamente para salvar su vida y limitar las secuelas físicas sino

para darle oportunidad de recuperar su bienestar emocional y su calidad de vida.

Todo suicidio es un acto de expresión del dolor emocional. Es esencial no ignorar ni negar el riesgo.

REFERENCIAS SELECCIONADAS

VÁSQUEZ R.

Atención del intento de suicidio, en *Guías de pediatría práctica basadas en la evidencia*. Ucrós, Caicedo y Llano editores. Departamento de Pediatría Fundación Santa Fe de Bogotá. Editorial Médica Panamericana. Bogotá, 2003; 410-3.

VÁSQUEZ R.

La atención del intento de suicidio, en *Pediatría. Diagnóstico y tratamiento*. Universidad Nacional de Colombia. Hospital Pediátrico Universitario de la Misericordia. Rojas E, Sarmiento F (eds.) Editorial Celsus. Santa Fe de Bogotá. 2003; 783-6.

VÁSQUEZ R.

Familia e intento de suicidio, en *La niñez, la familia y la comunidad*. Castro, Maldonado y Benguigui (eds.), Editorial Organización Panamericana de la Salud (OPS) programa AIEPI. Washington D.C., 2004; 502-9.

VÁSQUEZ R.

Urgencias en psiquiatría infantil. *Cuadernos de Psiquiatría de Enlace*, No. 27, septiembre de 2005; 18-22.