	SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR – QUILLOTA	Cód: PRO-RCR-017
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN ASISTENCIAL	Versión : 01
	PROTOCOLO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE INTENTO DE SUICIDIO INFANTOJUVENIL	F. Emisión : 28/06/11 F. Revisión : 28/06/14 Página 1 de 35

**PROTOCOLO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE  
INTENTO SUICIDIO INFANTO JUVENIL  
2011-2014**

Elaborado por	Revisado por	Autorizado por
Dra. Mariela Pino	Dr. Francisco Armijo Dra. Rayén Gac	Dra. Margarita Estefan S.
Firma:	Firma:	Firma:
Fecha: 04/04/2011	Fecha: 28/06/11	Fecha: 29/06/11

## **1. Introducción:**

Las conductas suicidas en niños y adolescentes impactan por la edad en que se producen, por la percepción que tiene la población, de que reflejan en parte, los problemas de la sociedad moderna, por la difusión que se ha hecho del tema en los medios de comunicación y por ser en algunos países o regiones, la segunda o tercera causa de muerte en población joven.

En el primer semestre del año 2010, constituyeron el 34% del total de interconsultas de pacientes hospitalizados en servicios pediátricos de nuestro hospital al Programa de Enlace Psiquiátrico y Psicológico Infante Juvenil, situándose desde el año 1993 con la creación de la Psiquiatría de Enlace del HGF, como el motivo más frecuente de interconsulta pediátrica en pacientes hospitalizados.

Actualmente son la segunda causa de muerte en el mundo, entre los jóvenes de 14 a 18 años y la sexta entre los escolares de 5 a 14 años.

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

## **2. Objetivo general:**

2.1. Estandarizar y describir las actividades a realizar en pacientes con intento de suicidio en la infancia y adolescencia con el fin de mejorar la resolutivez y el proceso asociado a pertinencia diagnóstica.

## **3. Objetivos específicos:**

- 3.1. Proporcionar a médicos del área pediátrica y al personal de enfermería, un protocolo para el tratamiento oportuno y adecuado al grado de complejidad del intento de suicidio en niños, adolescentes y sus familias, que consultan en Servicio de Urgencia o se encuentran hospitalizados en Servicios con camas indiferenciadas;
- 3.2. Favorecer la integridad física y psicológica de los consultantes así como del personal a cargo de la intervención
- 3.3. Evitar pérdidas innecesarias de vida (prevenir un nuevo intento de suicidio y un suicidio consumado) y, darle oportunidad al paciente de recuperar su bienestar emocional y su calidad de vida al realizar tratamiento a su(s) patología(s) de base
- 3.4. Valorar al paciente desde el punto de vista médico y quirúrgico según método del intento suicida.
- 3.5. Iniciar tratamiento médico de urgencia y/o quirúrgico, según corresponda
- 3.6. Evaluar gravedad del intento y persistencia de ideación suicida
- 3.7. Evaluar el potencial de riesgo suicida
- 3.8. Evaluar factores de riesgo y protectores del intento
- 3.9. Determinar la capacidad familiar de protección y contención del paciente.

#### **4. Alcance:**

Incluye a todo niño y adolescente de ambos sexos hasta los 14 años con 11 meses con 29 días, consultante a Unidad de Emergencia Infantil, Servicio de Pediatría y Servicios con camas indiferenciadas infantojuveniles<sup>1</sup>.

#### **5. Documentos Aplicables:**

---

<sup>1</sup> El grupo etáreo de entre 15 a 17 años con 11 meses con 29 días, si bien correspondería ser evaluados por Psiquiatría Infantojuvenil, en este hospital hace 7 años por la falta de horas recurso profesional psiquiatra infantil versus adulto, se decidió que los pacientes de Enlace una vez cumplidos 15 años, serían evaluados y tratados por Psiquiatría de Enlace de adultos

- Documento de referencia y contrareferencia (interconsulta). Completar los datos es responsabilidad del médico quien debe escribir con letra legible.

- **Requerimientos de la Interconsulta de Referencia**<sup>2</sup>

- Datos de identificación del paciente completos.
- Diagnóstico.
- Motivo de derivación.
- Breve evolución clínica, exámenes y tratamientos realizados.
- Nombre y timbre del médico.

## **6. Definiciones:**

En la población infanto-juvenil la aparición y desarrollo del "concepto de muerte", suele darse entre los 5 y los 8 años, pero todavía considerado como algo temporal y reversible; es entre los 9 a 12 años cuando se alcanza el concepto de irreversibilidad de la muerte y en la adolescencia se adquiere la plena conciencia del significado de la muerte como un hecho inexorable. Por ello parece poco probable que se realicen conductas suicidas antes de los 10 años aunque, sin duda, todo ello depende de la historia y el desarrollo del propio sujeto.

La OMS propone como criterios operativos de un **Intento de suicidio** a "cualquier tipo de acto autolítico que no tenga como resultado la muerte, que cause autolesión o que, sin la intervención de otros la determinaría, así como la utilización de fármacos en dosis o forma no terapéutica. A diferencia de la definición de 1976, **actualmente no se considera necesario que exista una lesión para que un acto pueda ser considerado como Intento de Suicidio.**

Para operativizar los conceptos y la terminología acerca del suicidio, es frecuente realizar una distinción entre:

---

<sup>2</sup> El trámite de la interconsulta es responsabilidad del SOME

- **conducta suicida:** espectro de conductas con fatal desenlace o no, que incluyen tentativa de suicidio o suicidio

- **ideación suicida:** pensamientos que pueden variar desde ideas como que la vida no merece la pena, hasta planes bien estructurados sobre cómo morir o intensas preocupaciones autolesivas.

También, se operativiza el **concepto de conducta suicida en niños y adolescentes como un *continuum*** desde las conductas de riesgo no suicidas, a las ideas de suicidio, los intentos y el suicidio consumado.

## **7. Responsable:**

7.1. Directores/as de establecimientos de Atención Primaria

7.2. Director de Hospital Dr. Gustavo Fricke

7.3. Médico Jefe CAE

7.4. Médico Atención Primaria de Salud

7.5. Médico Jefe del Servicio correspondiente

7.6. Médicos de Servicios de Urgencia APS y Hospitalaria

7.7. Médico psiquiatra interconsultor

7.8. Enfermera(o) de sala

## **8. Prioridad de la derivación:**

### **Prioridad 1:**

Todo paciente con intento de suicidio que presente las siguientes características:

- Método de gran letalidad
- Uso de varios métodos simultáneos
- Intentos repetidos de suicidio
- Ideación suicida persistente
- Intento de suicidio planificado

- Trastorno psiquiátrico severo
- Violencia intrafamiliar
- Incapacidad de protección parental
- Psicopatología severa de los padres

**Prioridad 2:** Todo paciente que haya realizado un intento de suicidio y que presente al menos uno de los indicadores de hospitalización no señalados en Prioridad 1.

**Prioridad 3:** Todo paciente que haya realizado un intento de suicidio frustrado y que no cumpla los criterios antes señalados.

## 9. Referencia y contrareferencia

### Criterios de Referencia a Atención de Urgencia<sup>3</sup>

- Debe ser referido **todo paciente menor de 15 años que haya realizado un intento de suicidio.**

### INDICADORES DE HOSPITALIZACIÓN<sup>4</sup>

Quando se presenta una o más, de las siguientes características del intento de suicidio **se considera riesgo elevado y el paciente debe ser hospitalizado:**

<sup>3</sup> La mayoría de los casos atendidos en urgencia deben ingresar al hospital por **sumatoria de factores de riesgo suicida evaluados durante 1 o 2 días**, a menos que las necesidades médicas, psiquiátricas y/o judiciales requieran una estadía más prolongada, para efectuar una evaluación y tratamiento más exhaustivo y de mayor complejidad del estado de ánimo del paciente y las circunstancias familiares y del entorno. La duración de la hospitalización puede prolongarse (p. ej medidas de protección y/o judicialización por revelación de malos tratos y/o abuso sexual u otro trastorno psiquiátrico grave).

<sup>4</sup> **Importante tener en cuenta que en las Guías Clínicas de la Asociación Psiquiátrica Americana de Psiquiatría de niños y adolescentes, así como en las de Psiquiatría Adulto Americanas “todo intento de suicidio en niños y adolescentes tiene indicación de hospitalizar”, también en la Guía de Conducta Suicida infantojuvenil del Programa Nacional de Salud Mental Uruguayo.**

- Todo paciente con riesgo vital que requiera soporte vital avanzado producto del intento quedará hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos.
- Todo Intento suicida cometido por niño o adolescente varón (mayor riesgo)
- Todo paciente que haya realizado más de un intento suicida.
- Toda niña o adolescente con intentos recurrentes, con ideación suicida persistente y que carece de apoyo familiar
- Todo intento suicida de alta letalidad: uso de métodos violentos (ahorcamiento, salto al vacío, herida por arma de fuego, cortes profundos), intento serio por ingestión (antidepresivos, cáusticos, insecticidas).
- Todo intento suicida con alta intencionalidad (planificación, pacto suicida, carta de despedida, no aviso del intento, precauciones para no ser descubierto, etc.).
- Persistencia de ideación suicida en sala de urgencia.
- Paciente con antecedentes de tratamiento en Salud Mental por depresión, bipolaridad, esquizofrenia, trastorno de pánico, trastorno conducta, abuso de sustancia, maltrato, abuso sexual, trastorno de la alimentación, etc.
- Falta de conciencia de enfermedad del paciente y/o negación del riesgo por la familia.
- Pacientes con gran descontrol impulsivo y/o agitación psicomotora (ver protocolo agitación psicomotora en niños y adolescentes).
- Pacientes con primer brote psicótico o con descompensación psicótica
- Depresión moderada a severa con alta desesperanza, psicosis y/o deseo profundo de muerte
- Familias que manifiestan explícita o implícitamente no poder contener al paciente.

- Ausencia de un adulto responsable en el hogar, desinterés familiar por el joven
- Suicidio reciente en el entorno.
- Todo paciente con patología crónica, incluye VIH +
- Adolescente con consumo de sustancias de abuso grave descompensado
- Episodios de autointoxicación que tiene lugar después de los 6 años deben considerarse como potencialmente suicidas (evaluar maltrato, abuso sexual, etc.)

#### **Criterios de Referencia a Atención Secundaria**

- Clara ausencia de ideación suicida activa.
- Ausencia de un plan suicida por parte del paciente.
- Ausencia de síntomas psicóticos (delirios o alucinaciones).
- Bajo nivel de ansiedad y/o alteración del ánimo
- Presencia de un familiar comprensivo y responsable que pueda vigilar al paciente
- Deseo expreso del paciente y familiar a cargo de iniciar tratamiento ambulatorio
- Auto agresiones impulsivas reactivas, que no tienen intención suicida.
- En Servicio Pediátrico y Servicios con camas indiferenciadas hospitalizados por intento de suicidio o que tengan acumulación de factores de riesgo para conducta suicida intrahospitalaria.
- En todo paciente que sea hospitalizado por intento de suicidio o que verbalice ideación suicida de cualquier gravedad (aún por otro motivo de hospitalización) una vez evaluado por médico tratante, éste realizará interconsulta con el máximo de antecedentes a Equipo de Enlace



Psiquiátrico y Psicológico Infantojuvenil el que actuará como interconsultor<sup>5</sup>.

#### **10. Fundamento:**

Una de las experiencias más complejas con las que un médico tiene que enfrentarse es el suicidio o el intento de suicidio de un niño o 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 pediátricas del intento de suicidio es muy amplia y no existe consenso respecto de los indicadores de hospitalización variando desde que "todo intento de suicidio en niños y adolescente debe ser hospitalizado", para realizar la evaluación y tratamiento por equipo especializado en Salud Mental infanto-juvenil, hasta la existencia de algunos pocos indicadores absolutos en bibliografía, que han sido ampliadas según la experiencia de la Psiquiatría de Enlace Infantojuvenil de este hospital. Sin embargo en todas se hace énfasis en que un adecuado y eficiente abordaje parte por una buena entrevista y manejo inicial del médico.

El prototipo más frecuente de intento de suicidio es el de un adolescente de sexo femenino que consume uno o varios medicamentos con la intención de quitarse la vida, intento que en la mayoría de los casos, deja pocas secuelas

---

<sup>5</sup> La interconsulta debe ser entregada a la brevedad por personal a cargo de este procedimiento en la Secretaría de la Unidad de Neuropsiquiatría y Psicología Infantojuvenil, ubicada en el 2º piso del Consultorio Adjunto de Especialidades. El pediatra de sala informa y coordina junto al equipo de Enlace psiquiátrico psicológico el caso para programar estrategias de evaluación diagnósticas a seguir.

físicas, son intoxicaciones leves con una estadía breve en UCI. Los sedantes y antidepresivos, disponibles en los hogares, son los fármacos más utilizados, probablemente secundarios a la alta incidencia de patología psiquiátrica en nuestra población. Una patología psiquiátrica de base y factores de riesgo del ámbito familiar son los facilitadores. Con menos frecuencia se observan intentos de suicidio por heridas profundas en las muñecas o en el cuerpo y, últimamente han ido en aumento el número de suicidios por ahorcamiento y lanzamiento al vacío o a coches en movimiento en adolescentes.

#### **11. Criterios Clínicos a considerar:**

##### **Espectro de conductas suicidas que consultan al Servicio de Urgencia:**

- 11.1.1. **Ideas de muerte no suicidas:** El pensamiento de muerte es más temido que deseado; es habitual en niños y adolescentes ansiosos, obsesivos y con depresiones neuróticas.
- 11.1.2. **Comportamientos de riesgo reiterados:** accidentes reiterados de todo tipo (auto, moto, deportes de riesgo), frecuentes peleas con resultado de lesiones y sobre ingestas tóxicas graves. Pueden ser equivalentes depresivos y esconder un deseo de muerte inconsciente. Se denomina también "conducta parasuicida"
- 11.1.3. **Amenazas de autoagresiones:** muy frecuentes en psiquiatría infanto-juvenil. A pesar de ser interpretadas en ocasiones como "chantajes" o "actitudes desafiantes", implican habitualmente una gran angustia en el que las hace, que puede debatirse entre el deseo de muerte y el miedo a morir.
- 11.1.4. **Gestos autoagresivos:** cortes, quemaduras, golpes, arañazos intencionados producidos en situaciones de gran angustia y

sentimientos de vacío; se trata de actos realizados de manera impulsiva, habituales en adolescentes con Trastorno de Personalidad especialmente del tipo Límitrofes, en que las lesiones físicas tienen por fin calmar un sufrimiento psicológico; en sí mismos, estos actos son de bajísima letalidad, requieren tratamiento y aunque no deben considerarse como Intentos de suicidio, no se debe ignorar el riesgo de depresión y autoeliminación en el futuro.

11.1.5. **Ideación suicida:** existe un pensamiento a veces rumiativo, en torno a la idea de quitarse la vida; habitual en los pacientes deprimidos. Importante evaluar el riesgo suicida, se clasifica en • Leve: sólo ganas de morir, • Moderada: ganas de morir con esbozo de planificación, • Grave: decisión de morir, con planificación exhaustiva para su concreción.

11.1.6. **Intentos de suicidios:** actos de autoagresión voluntarias con finalidad autodestructiva con distintos grados de reactividad, impulsividad, riesgo letal, preparación o intencionalidad. Habitualmente se dan en trastornos depresivos, maltratos, abusos sexuales, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos ansiosos adaptativos graves, trastornos de personalidad, psicosis, etc.

Cabe destacar que en la bibliografía no se hacen diferencia entre gestos, amenazas y verdaderos intentos porque en todos los casos determinan que es preciso actuar de igual manera y considerar todo intento de suicidio en forma seria y estudiar los factores de riesgo asociados y desencadenantes para mejorar la condición física del paciente y tratar el cuadro clínico subyacente.

**Urgencia en Enlace Infantojuvenil:** actividad de respuesta por equipo del Programa de Enlace (psiquiatra, psicólogo y/o asistente social) a interconsulta del

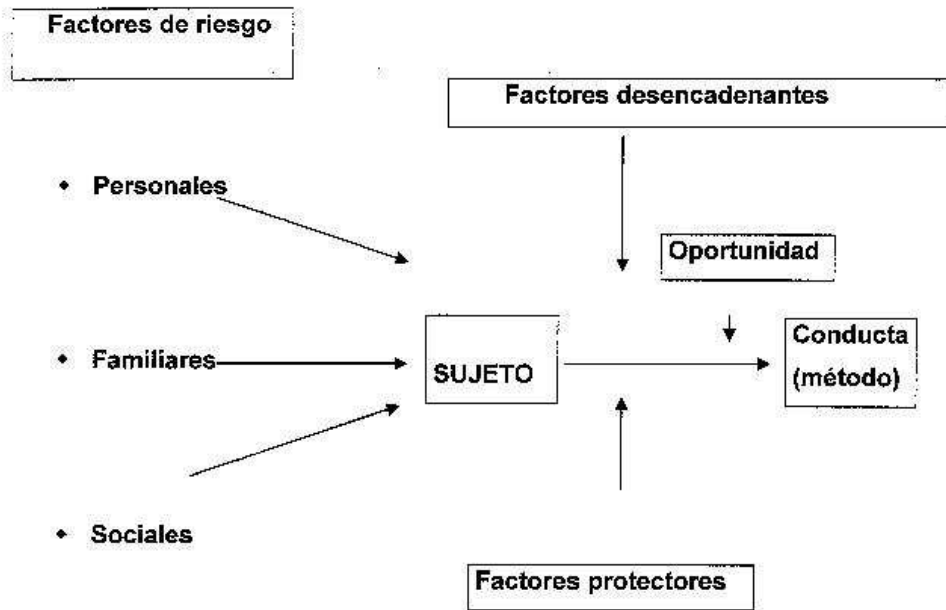
médico tratante de pacientes hospitalizados cuyos diagnósticos o sospechas diagnósticas involucran causas y/o sintomatología psiquiátrica que por su gravedad necesitan pronta resolución, ya que constituyen riesgo para el paciente y requieren de manejo intrahospitalario especial. El intento de suicidio constituye la patología del Enlace de Urgencia más prevalente.

#### **Modelo explicativo de los intentos de suicidio:**

Cada niño o adolescente que intenta suicidarse o comete suicidio es distinto, cada intento es distinto, distintos motivos, distintos fines, factores de riesgo y sucesos desencadenantes, por lo que es muy difícil encasillarlos en un solo esquema. El presente modelo de trabajo busca explicar de un modo general el proceso a través del cual cada paciente en forma individual llega a cometer un intento de suicidio; lo que da la particularidad a cada caso es, el distinto grado de influencia de cada uno de los elementos involucrados.

Plantea que existen múltiples factores de riesgo (personales, familiares y sociales) que interactúan de modo diferente en cada sujeto para hacer a las personas susceptibles de presentar la conducta autoagresiva, al estar enfrentadas a eventos desencadenantes y oportunidades (disponibilidad de método p ej.) presentar la conducta.

Así a través de este modelo al comprender y acotar cada caso en particular lo mejor posible, nos permite orientar el diseño de estrategias de intervención más adecuadas y específicas a cada paciente.



### **Factores asociados al intento:**

**Factores desencadenantes:** la mayoría de los intentos son precipitados por algún suceso desencadenante, que son eventos estresantes no distintos a los sufridos por otros jóvenes que no presentan conducta suicida. Es decir pueden actuar como gatillantes en personas predispuestas pero no son la causa del suicidio o intento.

- Conflictos o peleas con padres, amigos y/o pareja
- Entrega de calificaciones escolares
- Episodios de violencia y/o abuso sexual
- Problemas de disciplina
- Conflictos con la justicia

### **Factores específicos de riesgo:**

#### **A.- Personales**

- **Género:** los intentos de suicidio se asocian fuertemente al sexo femenino (3:1), el suicidio consumado, en cambio, es más frecuente en varones.
- **Edad:** se observa un claro aumento de la conducta suicida con la llegada de la pubertad. El intento de suicidio es muy raro antes de los 10 años y la tasa de suicidio consumado prácticamente se duplica al comparar el grupo de 5 a 14 años con el de 15 a 24 años; en la adolescencia propiamente tal la mayor mortalidad por suicidio es en el grupo de 15 a 19 años muy por encima del grupo de 10 a 14 años.
- **Patología psiquiátrica:** La Depresión Mayor es el trastorno que con más frecuencia se presenta en las series de adolescentes con intento de suicidio. Los Trastornos Depresivos en general están en el 40% al 80% de los intentos. Con alta frecuencia el Trastorno Disocial por el alto grado de impulsividad y su asociación con otros factores de riesgo. El Abuso de Sustancias es frecuente en especial por aquellas que facilitan la impulsividad, disminuyen el autocontrol y la reflexión. También los Trastornos de Alimentación, Trastorno Bipolar y los Trastornos

Psicóticos. El diagnóstico de Trastornos de la Personalidad debe tenerse en cuenta en adolescentes mayores y cuando los rasgos anormales son muy marcados y persistentes. Hay que tener presente el efecto potenciador que la comorbilidad de patologías ejerce.

- **Antecedente de conducta suicida previa:** Si bien es importante considerar la ideación suicida como un factor de riesgo importante a evaluar, es el antecedente de intento(s) de suicidio previo(s) un factor de riesgo imponderable tanto para la repetición (14% al 50% repite el intento) como para el suicidio consumado.
- **Coexistencia de enfermedad física** en especial cuadros crónicos.
- **Características psicológicas** asociadas a mayor riesgo suicida: -  
Desesperanza
  - -Alta impulsividad - Alto grado de violencia -Pobre regulación de los afectos - Dificultades en comunicar y pedir ayuda - Falta en la resolución de problemas.

#### ***B.- Familiares***

- **Psicopatología parental:** existencia de patología psiquiátrica en los padres y/o abuso de sustancias por parte de estos.
- **Intentos de suicidio o suicido consumados en miembros del grupo familiar:** puede explicarse por la heredabilidad de ciertos rasgos o patologías que predisponen al suicido así como por la presencia de modelos a imitar, en especial entre familiares de primer grado.
- **Maltrato físico y el abuso sexual** de alta asociación a suicidabilidad.
- **Familias disfuncionales:** comprende una serie de familias en las que se presentan faltas en sus funciones de cuidado, ya sea por altos niveles de conflictos, ausencia de uno de los padres, separación o deficientes mecanismos de comunicación intrafamiliar.

### **C.- Factores socioambientales**

- **Contagio suicida:** intentos de suicidio que se dan como conductas imitativas o de identificación. Se ve cuando hay suicidios muy publicitados de ídolos de los jóvenes, o seguidillas de suicidios en establecimientos educacionales o poblaciones. Cabe destacar que este efecto de modelaje sólo afecta a jóvenes predispuestos que ya acumulan factores de riesgo.
- **Disponibilidad de métodos:** a mayor disponibilidad en el ambiente de métodos potencialmente letales (ej. armas de fuego) se ve un mayor uso de éstos que en los lugares donde su acceso está más restringido.

**D.- Factores Protectores:** Se destacan con el fin de evaluarlos y potenciarlos para ayudar a la prevención del intento de suicidio y el suicidio consumado y cotejarlos con los de riesgo para orientar las intervenciones terapéuticas y las acciones a seguir.

- **Ausencia de psicopatología psiquiátrica:** la mayoría tiene al menos un diagnóstico y en todas las series sólo una minoría no tiene ninguna patología psiquiátrica, por lo tanto el no presentar patología psiquiátrica resulta protector.
- **Bajos niveles de agresividad e impulsividad**
- **Mecanismos psicológicos eficientes en la resolución de conflictos**
- **Familias apoyadoras y contenedoras**

**E.- Motivación o finalidad:** las motivaciones son diversas. El deseo de dejar de vivir es un motivo frecuentemente presente (en algunas series alcanza hasta el 50%), otros motivos son evitar situaciones evaluadas como negativas, llamar la atención, resolver problemas, evitar castigos, castigar o asustar a otros, etc.

**F.- Planificación:** en los adolescentes la mayoría de los intentos son impulsivos y con un muy bajo grado de planificación.



**G.- Métodos:** El más utilizado es la sobredosis de medicamentos (psicofármacos) especialmente en mujeres. Otros son las heridas cortantes en las muñecas, ingesta de tóxicos (solventes, insecticidas, raticidas). Los métodos potencialmente más letales como el ahorcamiento, disparo por arma de fuego, arrojarse de altura se asocia a intentos graves y se ven más en la población de varones adolescentes

**Tratamiento farmacológico:** Si el paciente suicida está psicótico se debe seguir protocolo de agitación psicomotora. Si el paciente no está psicótico y tiene ideación suicida activa y ansiedad importante administrar con precaución sólo benzodiazepinas, habiendo descartado que el paciente usó benzodiazepinas como método autolítico y teniendo presente el efecto paradójico de desinhibición conductual descrito en la población infantil. No hay consenso acerca del uso de otro tipo de fármacos por no especialistas en este grupo etéreo.

Se sugiere en caso de sospecha para evaluación y manejo, hacer test de drogas de abuso en orina (hacer la gestión para obtener cupos disponibles en Psiquiatría de adulto)

**Programa de Prevención:** Busca prevenir el suicidio en el paciente que consulta por intento de suicidio en Urgencia y en paciente hospitalizado. Para ello se requiere evaluar el riesgo que presenta el paciente de suicidio en Urgencia u hospitalizado. Se requerirá observar, vigilar, acompañar y contener si fuera necesario al paciente durante la hospitalización. En un número reducido de casos será necesario ubicar al paciente en una unidad que permita todas las medidas antes nombradas con mayor rigor p. ej. En Servicio de Aislamiento. En caso de necesidad facilitar el acompañamiento por un familiar (indicado por médico y autorizado por enfermera jefa de piso).

Se recomienda no dejar cercano al paciente todo tipo de objeto cortante, medicamentos, etc. Se mantendrá al paciente alejado de las ventanas y lugares

desde donde pueda lanzarse desde la altura. El lugar ideal es cercano a la estación de enfermería desde donde pueda ser observado el paciente. Cuando se sospecha riesgo suicida será necesario acompañar al baño al paciente e impedir que se encierre en este.

Se podrá hacer uso del esquema de protocolo de agitación psicomotora para contener al paciente potencialmente suicida en medio hospitalario.

## 12. Estrategias e Intervenciones

### En Servicio de Urgencia:

1. Evaluar médica y quirúrgicamente las características y alcances de las lesiones y/o de la intoxicación medicamentosa.
2. Realizar tratamiento médico o quirúrgico adecuado según lesiones y posibles complicaciones médicas y explicar los procedimientos al paciente y a los familiares, toda vez que la condición del paciente y familia lo permita.
3. Garantizada la seguridad física y con el paciente estabilizado médicamente, conciente y lúcido el médico con empatía, sin culpabilizar, ni prometer confidencialidad, debe obtener toda la información que pueda del paciente y de los acompañantes para **“evaluar severidad del intento y probabilidades de repetición”**.

Esto se hace:

- **explorando las circunstancias de la tentativa** (revisar detalladamente lo ocurrido en la vida del paciente en las 48-72 horas previas al intento o amenaza y factores precipitantes),
- **evaluando el estado mental** (grado de desesperación, desesperanza, disociación, confusión, psicosis) **el método utilizado y su gravedad médica** se correlacionan pero no siempre es un

- predicador fiable en niños y adolescentes, dado que pueden realizar un juicio erróneo de la letalidad potencial
- **evaluar la accesibilidad a métodos** (armas de fuego, sustancias tóxicas, etc.)
  - **evaluar intencionalidad** (grado de planificación, premeditación, actos finales que anticipan la muerte p. ej. repartir pertenencias, notas de suicidio y evitación de ser descubierto versus impulsividad del acto)
  - **gravidad de ideación suicida** (ver criterio asignación de riesgo pág. 18)
  - **existencia o no de arrepentimiento posterior**
  - **investigar consumo de drogas**
  - **averiguar y registrar los intentos de suicidio previos** (es el más fuerte predictor de un nuevo intento)
  - **evaluar el apoyo socio-familiar.**
  - **Investigar factores de riesgo suicida:** individuales, familiares y socio ambientales (ver listado factores de riesgo, anexo 1 pág. 20-21).
  - **Evaluar factores protectores** para cotejarlos con los de riesgo antes de tomar decisión de manejo a seguir (ver pág.7).
  - **Entrevistar siempre al familiar más cercano o a quien haya presenciado el evento,** (p. ej amigos, compañeros), ya que la validez de la entrevista dependerá del nivel de desarrollo cognitivo y de la gravedad del distrés psicológico. Es frecuente encontrar disparidad entre los datos obtenidos de los pacientes y de sus padres; normalmente los niños y adolescentes informan mejor de su ideación o conducta suicida que sus padres.
  - Nunca dar de alta si no se ha contactado o no se ha hecho presente en la UEI la familia o un adulto responsable.
  - Requerir antecedentes médico-sociales del paciente y familia en caso necesario

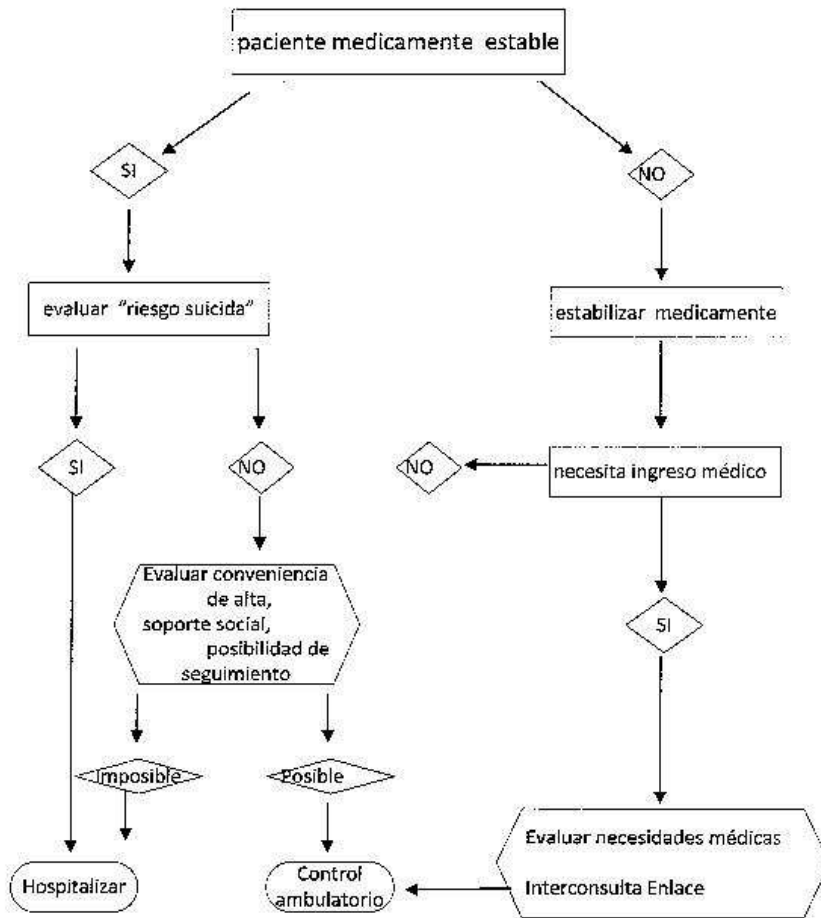
- Realizar historia clínica.
- Manejo sereno para disminuir la angustia que genera la emergencia en paciente, familia y personal de salud, p ej. ante las preguntas insistentes de los familiares que pueden estar choqueados, enojados y/o muy culpabilizados por la situación.
- En aquellos casos que el médico de urgencia evalúe de mayor gravedad, evite un nuevo intento de suicidio informando a los familiares en forma clara, tranquila y sin alarmarlos del alto riesgo de un nuevo intento de suicidio (hasta 70% especialmente durante el primer año), y de la necesidad de instaurar un tratamiento especializado para disminuir este riesgo y motivarlos para que adopten una actitud de comprensión hacia el hecho y su hijo.
- Siempre y cuando la situación de crisis lo permita o la reacción familiar sea contensiva y no descontrolada solicite a un familiar que acompañe al paciente para disminuir la sensación de abandono e identificar y disminuir la posibilidad de un nuevo intento.
- El valor de "contratos de no suicidio", en la que el niño o el adolescente se compromete no auto dañarse y avisar a un adulto si está teniendo ideas suicidas, no se conoce. El niño o adolescente puede no estar en un estado mental para aceptar o no entiende el contrato. Se sugiere no realizar esta acción verbal ni escrita, en urgencia
- Evaluar la oportunidad del alta o la hospitalización para la intervención del equipo de psiquiatría de Enlace. Si bien el consenso internacional es "Hospitalizar todo intento de suicidio en niños y adolescentes" (ver nota al pie pág. 5), se sugiere que el pediatra, de ser necesario, en coordinación con Jefe de UEI evalúe hospitalización según criterio médico en cada caso en particular: **la decisión final de hospitalizar se considera por la sumatoria de factores de riesgo y un limitado apoyo familiar y de la**

- comunidad.** (ver "indicadores de hospitalización" ampliadas por psiquiatría infanto juvenil a cargo de guía-protocolo, pág. 14)
- Si existe acumulación de factores de riesgo y riesgo elevado sin clara indicación de hospitalizar se debe realizar interconsulta urgente a NeuroPsiquiatría Infantojuvenil en el Consultorio adosado al Hospital para dar hora ambulatoria en los próximos 7 a 10 días, fono 2577835.
  - Si hay acumulación de factores de riesgo y no presenta riesgo elevado ni indicación de hospitalización el pediatra en urgencia realiza interconsulta Urgente a Salud Mental de la Atención Primaria y contrarreferencia para asegurar la consulta. La aprobación de esta gestión puede considerarse si el médico está convencido de que la supervisión y apoyo adecuados estará disponible durante los próximos 7 a 10 días, y si un adulto responsable se ha comprometido a "sanear" el medio ambiente, garantizar el cuidado estrecho (24 hrs.) del paciente, la eliminación de los medicamentos potencialmente letales y armas, especialmente las de fuego y se ha informado a paciente y adulto acerca del posible efecto desinhibidor de las drogas y el alcohol y su contraindicación absoluta. Si el médico no está convencido de que el punto anterior pueda ser realizado la indicación es hospitalizar
  - Remitir los casos evaluados de bajo riesgo (gestos, amenazas, autoagresiones menores sin ideación suicida, sin plan ni uso de método potencialmente letal) al médico de Salud de Atención Primaria, al Psiquiatra personal en caso de existir, o al Servicio de Psiquiatría ambulatorio correspondiente.
  - El control de la reincidencia o la posibilidad de un nuevo intento se logra en casos con alto componente de ansiedad, con la prescripción de ansiolíticos, que deben ser suministrados por el personal de enfermería en UEI o si es dado de alta bajo el cuidado de los padres, mientras el niño o adolescente empieza a recibir un tratamiento

especializado. 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. 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.

- Se recomienda que los médicos que no se encuentran cómodos al realizar una valoración psiquiátrica deben remitir inmediatamente al paciente a otro colega del turno más afin al tema.

### Algoritmo protocolizado para actuación en intento suicida en UEI



**Intervenciones e Indicaciones específicas a los pacientes hospitalizados indicadas por el Programa de Enlace infante juvenil:**

1. Con el paciente fuera de riesgo vital y tratadas las posibles complicaciones médicas, el Psiquiatra y/o Psicólogo Infante juvenil de Enlace contactado vía interconsulta del médico tratante, debe realizar primeras entrevistas individuales y a la familia, para realizar examen mental, investigar factores específicos de riesgo del intento suicida (del paciente, de la familia, del contexto socio escolar), realizar la evaluación de la gravedad del intento, presencia y gravedad de la ideación suicida, posibilidad de reintento y los diagnósticos psiquiátricos de base del paciente.
2. Si los profesionales que realizan esta primera entrevista lo estiman necesario, solicitarán Evaluación por Asistente Social de Enlace e iniciar coordinaciones con Atención Primaria, Fiscalía y/o Tribunal de Familia según cada caso.
3. El Psiquiatra interconsultor iniciará el tratamiento farmacológico según diagnóstico(s)
4. Mientras permanezca hospitalizado en sala se le debe otorgar vigilancia permanente (24 horas). La sala debe estar cerca de la enfermería, las ventanas deben tener seguro y el paciente debe ser acompañado al baño y este no debe tener llave. El personal paramédico informará a Enlace la conducta, la socialización, el estado anímico del paciente y las relaciones que se producen entre el paciente y quienes le visitan.
5. Enlace puede requerir en caso necesario restringir las visitas al paciente.



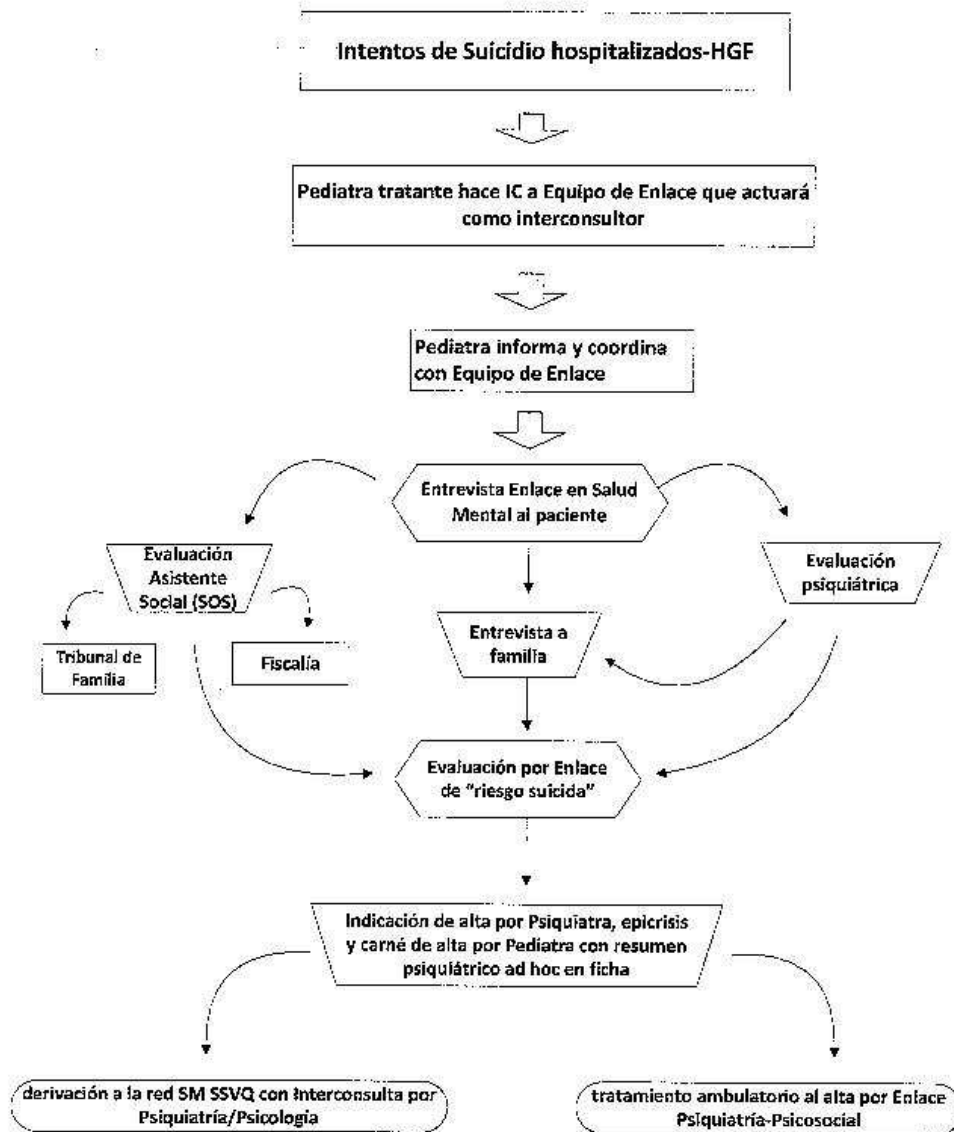
6. El paciente no debe ser dado de alta hasta que el riesgo suicida esté minimizado, se haya realizado la evaluación y estrategias de tratamiento psiquiátricos y psicosociales individualizadas según cada caso al paciente y la familia.
7. El equipo de Enlace evolucionará el caso y evaluará riesgo suicida previo al alta.
8. La epicrisis y el carné de alta serán confeccionados por el pediatra tratante, de acuerdo a los datos proporcionados por el psiquiatra en un pequeño resumen ad-hoc, toda vez que no haya psiquiatra disponible por escasez del recurso para realizar esta actividad
9. Al alta el paciente debe tener hora de control en Policlínico de Seguimiento del Enlace ((Psiquiatría y/o Psicología según plan de tratamiento), debe llevar los medicamentos indicados suficientes hasta el control, con prescripción clara de dosis y horarios de los fármacos y anotadas horas de control en carné de alta.
10. Los medicamentos deben ser administrados en el hogar por un adulto a cargo y deben estar muy bien guardados bajo llave, en un lugar desconocido por el joven. También deben haber sido removidos del hogar todos los elementos que pudiesen ser usados para repetir el intento, p. ej. armas de fuego y estricta vigilancia de fármacos de uso familiar, etc.
11. La continuidad del tratamiento en Salud Mental al alta en la Unidad de Neuropsiquiatría Infantojuvenil o la derivación a la Red Salud Mental pertinente a su domicilio (ej. COSAM de Concón donde existe el recurso psiquiatra) o a Programas de Salud Mental del HGF según corresponda, será realizada a través de interconsulta hecha por Psiquiatra y/o

Psicólogo tratante de Enlace y coordinación (telefónica y/o correo electrónico)

**Derivación a Hospital de Día Infantojuvenil:** La derivación a Hospital de Día infantojuvenil será realizada por un profesional del Equipo de Enlace previa evaluación del caso y coordinado el profesional a cargo del traslado de los casos al Hospital Diurno.

**Hospitalización completa para casos alta complejidad (diagnóstica, descompensación, refractariedad a tratamiento, cuidados especiales, etc.):** Se realizará por los profesionales del equipo de Enlace y la jefatura directa según protocolos a seguir.

**Flujoograma de actuación en paciente hospitalizado por intento de suicidio**



### **13. Indicadores de calidad**

La totalidad de los pacientes que se presentan en la Unidad de Emergencia Infantil deben ser evaluados según protocolo. Esto significa que:

13.1. 100 % de los pacientes que se presenten al servicio de urgencia con intento de suicidio deben ser evaluados por el médico de urgencia.

13.2. 100 % de los pacientes con intento de suicidio (o ideación suicida) que presenten patología psiquiátrica asociada deben ser hospitalizados para evaluación por psiquiatra o psicólogo de Enlace, en caso de no haber el recurso psiquiatra inmediato

13.3. Ningún paciente debe suicidarse en el hospital, ni lesionarse gravemente.

**14. Anexo 1:**

**Criterios de asignación de riesgo**

Riesgo	Conducta
Leve	Sólo ganas de morir
Moderado	Ganas de morir con esbozo de planificación
Grave	Decisión de morir, con planificación exhaustiva para su concepción, con método.

Riesgo suicida	Síntomas	Evaluación	Acción
0	No hay peligro		
1	Perturbado emocionalmente.	Indagar sobre pensamientos suicidas	Escuchar con empatía
2	Vagas ideas de muerte.	Indagar sobre pensamientos suicidas.	Escuchar con empatía
3	Vagos pensamientos de suicidio.	Valorar el intento (plan y método).	Explorar posibilidades de ejecución del plan. Identificar y contactar red social de apoyo de la persona.
4	Ideación suicida de riesgo leve o moderado y episodio depresivo leve o moderado.	Valorar el intento (plan y método).	Explorar posibilidades de ejecución del plan. Identificar y contactar red social de apoyo.
5	Ideación suicida de riesgo moderado y episodio depresivo grave; o ideación suicida de riesgo grave y episodio	Valorar el intento (plan y método).	Hospitalizar y derivar a psiquiatría mediante interconsulta con la mayor cantidad de antecedentes.

	depresivo leve o moderado.		
6	Ideación suicida de riesgo grave y episodio depresivo grave.	Permanecer con el paciente (para prevenir su acceso a los medios de suicidios)	Hospitalizar.

**Anexo 2: RIESGO ELEVADO QUE INDICA HOSPITALIZACION:**

- \_ Admite su intención suicida.
- \_ Plan suicida.
- \_ Patología psiquiátrica.
- \_ Acceso a métodos de autolesión.
- \_ Antecedentes personales o familiares de intento suicidio o suicidio consumado.
- \_ Suicidio reciente en el entorno.
- \_ Impulsividad.
- \_ Desesperanza o desesperación
- \_ Deseo de reunión con un ser querido fallecido.

**Anexo 3: Factores de riesgo generales de suicido a explorar**

➤ **Individuales:**

- ♦ Sexo femenino para el intento, masculino para el suicido (en varón alto riesgo)
- ♦ Edad (mayor de 12 años)
- ♦ Antecedentes de intent(os) de suicidio previos (a mayor severidad mayor riesgo)
- ♦ Alta impulsividad
- ♦ Conflictos graves con amigos.
- ♦ Deseo de reunión con ser querido fallecido.
- ♦ Mayor exposición a situaciones de riesgo de vida.

- ♦ Aislamiento.
- ♦ Decepciones amorosas
- ♦ Enfermedades crónicas.
- ♦ Problemas relacionados con la sexualidad.
- ♦ Muerte de una figura importante o idealizada.
- ♦ Presenciar la muerte de un ser querido.
- ♦ Baja autoestima y/o culpa excesiva
- ♦ Patología psiquiátrica: Abuso sexual en la infancia y/o adolescencia, Maltrato, Trastornos del ánimo (depresión, exaltación, estados mixtos), Trastorno de conducta Disocial, Trastornos de adaptación, Abuso de drogas, Trastornos de ansiedad crónicos (temor, nerviosismo, hiperactividad, tensión) y agudos p. ej. Crisis de pánico, Trastornos del sueño (insomnio, hipersomnia), Trastornos de la conducta alimentaria (Anorexia-Bulimia), Psicosis y Esquizofrenia.

➤ **Familiares:**

- ♦ Patología psiquiátrica en el núcleo familiar.
- ♦ Suicidio de un ser querido.
- ♦ Antecedentes familiares de suicidio.
- ♦ Muerte de familiar significativo.
- ♦ Disfunción familiar p ej. falta de comunicación
- ♦ Maltrato y/o Negligencia.
- ♦ Conflicto familiar reciente.
- ♦ Crisis disciplinaria.
- ♦ Llamados de atención humillantes.
- ♦ Confusión de roles familiares.
- ♦ Separación de los progenitores por muerte, abandono o divorcio.
- ♦ Cambios de domicilio frecuentes.
- ♦ Situaciones de hacinamiento.
- ♦ Pérdida de autoridad de los progenitores.
- ♦ Frecuentes riñas y querellas en el hogar.

➤ **Sociales:**

- ◆ Contagio suicida (imitación)
- ◆ Disponibilidad de método
- ◆ Discriminación y Bullying (hostigamiento en los centros educativos)
- ◆ Institucionalización.
- ◆ Problemas con la ley y uso de armas de fuego
- ◆ Abandono o expulsión escolar
- ◆ Mal rendimiento.
- ◆ Trabajo infantil.
- ◆ Primeras horas luego de un arresto.

Ningún factor o combinación de factores de riesgo tienen una especificidad o sensibilidad suficiente para seleccionar pacientes que posteriormente van a intentar un acto suicida. Pero su evaluación facilita y orienta a tomar las mejores decisiones clínicas para el paciente, el tratamiento de base y la prevención de suicidio.

**Anexo 4: Factores Protectores**

Se destacan con el fin de evaluarlos y potenciarlos para ayudar a la prevención del intento de suicidio y el suicidio consumado y cotejarlos con los de riesgo para orientar las intervenciones terapéuticas y las acciones a seguir.

- **Ausencia de psicopatología psiquiátrica:** la mayoría tiene al menos un diagnóstico y en todas las series sólo una minoría no tiene ninguna patología psiquiátrica, por lo tanto el no presentar patología psiquiátrica resulta protector.
- **Bajos niveles de agresividad e impulsividad**
- **Mecanismos psicológicos eficientes en la resolución de conflictos**
- **Familias apoyadoras y contenedoras**



Anexo 5:

**PAUTA DE COTEJO**

<b>ITEMS A EVALUAR</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>% Cumplimiento</b>
1. Paciente con intento de suicidio evaluado según protocolo por Médico Tratante.			
2. Paciente con intento de suicidio evaluado por Psiquiatra interconsultor.			

**HOJA DE REGISTRO DE MODIFICACIONES**

<b>FECHA</b>	<b>CORRECCION</b>	<b>PUBLICADO</b>	<b>N° DOCUMENTO</b>
<b>13 de Mayo 2011</b>	Por equipo neuropsiquiatría infantojuvenil		

## BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA

- José Alda Díez, Sabel Gabaldón Fraile, capítulo 10 (páginas 137 a 153): Conducta suicida. Urgencias psiquiátricas en el niño y el adolescente. Editorial Masson 2006.
- Carlos Aimonte, María Elena Montt, Capítulo 33 (páginas 507 a 521): Conducta suicida en la niñez y adolescencia. Psicopatología infantil y de la adolescencia. Editorial Mediterráneo
- Parámetros Prácticos para la Evaluación y Tratamiento de Niños y Adolescentes con Comportamiento Suicida D. Shaffer, C. Pfeffer|Revista de Psiquiatría del Uruguay |Volumen 65 Nº 2 Octubre 2001|
- Rafael Vázquez R., Una urgencia singular: el intento de suicidio en niños y adolescentes. MD Neurobiología, extraído de internet con fecha 08/08/2010 del link: <http://www.psiquiatriabiologica.org.co/publicaciones/documentos/10-URGENCIA.pdf>
- Valdivia Mario. Adolescencia y conducta suicida, capítulo 19 (pág. 361 a 366) Adolescencia y conducta suicida. Psiquiatría del adolescente. Editorial Mediterráneo, 2006.
- Marcela Larraguibel Q.<sup>1</sup>, Patricia González M.<sup>1</sup>, Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes. Revista chilena de pediatría. Versión impresa ISSN 0370-4106, Rev. chil. pediatr. v.71 n.3 Santiago mayo 2000.
- Mario Valdivia, Daisy Ebner. Revista chilena de neuro-psiquiatría 2001; 39(3): 211-218 se encuentra en el link [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-922720010003000005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-922720010003000005&script=sci_arttext)
- Guía de prevención y detección de factores de conducta Programa Nacional de Salud Mental-Comisión Asesora Técnica Salud de la Población - DIGESA – MSP Montevideo, marzo de 2006.

- Suicidio en adolescentes: lo que el equipo de salud debe saber. Dra. Paz Robledo Hoecker médica Pediatra. Comité de Adolescencia, Sociedad Chilena de Pediatría
- Academia Americana de Psiquiatría Infantil y Adolescente. Parámetro prácticos para el evaluación y tratamiento de niños y adolescentes con conducta suicida. Washington (DC): Academia Americana de Psiquiatría Infantil y del Adolescente; 2000. 17 de octubre. 55 p.
- Parámetros prácticos para la evaluación y tratamiento de los niños y adolescentes con comportamiento suicida. Academia Americana de Psiquiatría Infantil y Adolescente. J Acad.. Psiquiatría Infantil Adolesc. 2001 julio, 40 (7 Suppl): 24S-51S.
- [http://portal.guiasalud.es/egpc/depresion\\_infancia/resumida/apartado07/suicidio05.html](http://portal.guiasalud.es/egpc/depresion_infancia/resumida/apartado07/suicidio05.html), Extraído el 15 de septiembre, 2010.
- Fuente: American Foundation for Suicide Prevention (1999), Today's suicide attempter could be tomorrow's suicide (poster). New York: American Foundation for Suicide Prevention, Tratado de Pediatría Nelson, 17 edición en español, descargado de internet a través de Taringa, el 20 de Agosto del 2010.
- Guía de práctica clínica sobre la Depresión Mayor en la infancia y adolescencia, España
- [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_456\\_depresion\\_inf\\_adol\\_avaliat\\_compl.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_456_depresion_inf_adol_avaliat_compl.pdf). Bajado de internet el 15 de Abril 2011.



**MINISTERIO DE SALUD**  
Servicio de Salud  
Viña del Mar-Quillota  
Int. N° 243 de 30.06.2011

## RESOLUCIÓN EXENTA N° 3212

VIÑA DEL MAR, 01 JUL. 2011

### VISTOS:

Lo dispuesto en la Ley N° 18.575 sobre Bases Generales de la Administración del Estado, cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado fue fijado por el DFL N° 1/19.653, publicado con fecha 17 de noviembre del 2001. Lo establecido en la Ley N° 18.880, que Establece Bases de los Procedimientos Administrativos que rigen los Actos de la Administración del Estado. Lo dispuesto en la Ley N° 18.834, sobre Estatuto Administrativo, cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado fue fijado por el DFL N° 29 (Hacienda), publicado con fecha 16 de marzo de 2005. Las facultades que a la suscrita otorgan el decreto con Fuerza Ley N°1/2005 del Ministerio de Salud, Publicado con fecha 24 de abril de 2006, que fija el texto refundido, Coordinado y Sistematizado del decreto Ley N° 2763/79 y de las Leyes N° 18.983 y N°18.469, conjuntamente con los Decretos Supremos N° 140/2005 y N° 123/2010, ambos del Ministerio de Salud.

### CONSIDERANDO:

1.- Los principios orientadores de la Reforma de la Salud, que apuntan a la equidad, participación, descentralización y satisfacción de los usuarios, los cuales deben ser cumplidos por el Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota, las prioridades programáticas emanadas del Ministerio de Salud, y la necesidad de contribuir al



mejoramiento de la capacidad resolutive de la red asistencial, mejorando la accesibilidad, oportunidad y calidad técnica.

2.- La circunstancia que al Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota le corresponde la organización, planificación, coordinación y control de las acciones de salud que prestan los establecimientos de su red asistencial, para el cumplimiento de las políticas, normas, planes y programas del Ministerio de Salud.

3.- El correo electrónico de fecha 30 de junio de 2011, de la Sra. Jefe (S) del Subdepartamento de Atención Primaria de Salud y Programa, de la Subdirección de Gestión Asistencial del Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota, por medio del cual se solicita la elaboración de las respectivas resoluciones aprobatorias de los Protocolos de Referencia y Contrareferencia, para el período 2011 – 2014.

4.- El Protocolo de Referencia y Contrareferencia de Intento Suicidio Infante Juvenil, para el período 2011 – 2014, emanado de la Subdirección de Gestión Asistencial del Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota, se dicta la siguiente:

#### **RESOLUCIÓN:**

1. **APRUÉBASE**, el Protocolo de Referencia y Contrareferencia de Intento Suicidio Infante Juvenil 2011 – 2014, en los establecimientos hospitalarios de la Red Asistencial del Servicio de Salud Viña del Mar Quillota.
2. **CÚMPLASE**, de acuerdo a lo dispuesto en la Resolución Exenta N° 1600 de Contraloría General de la República, con la transcripción íntegra del documento que se aprueba en este acto y cuyo tenor es el siguiente:

**PROTOCOLO  
INTENTO DE SUICIDIO INFANTE-JUVENIL  
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA  
2011 – 2014**

#### **1. Introducción:**

Las conductas suicidas en niños y adolescentes impactan por la edad en que se producen, por la percepción que tiene la población, de que reflejan en parte, los problemas de la sociedad.



moderna, por la difusión que se ha hecho del tema en los medios de comunicación y por ser en algunos países o regiones, la segunda o tercera causa de muerte en población joven.

En el primer semestre del año 2010, constituyeron el 34% del total de interconsultas de pacientes hospitalizados en servicios pediátricos de nuestro hospital al Programa de Enlace Psiquiátrico y Psicológico Infante Juvenil, situándose desde el año 1993 con la creación de la Psiquiatría de Enlace del HGF, como el motivo más frecuente de interconsulta pediátrica en pacientes hospitalizados.

Actualmente son la segunda causa de muerte en el mundo, entre los jóvenes de 14 a 18 años y la sexta entre los escolares de 5 a 14 años.

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

## 2. **Objetivo general:**

- 2.1. Estandarizar y describir las actividades a realizar en pacientes con intento de suicidio en la infancia y adolescencia con el fin de mejorar la resolutiveidad y el proceso asociado a pertinencia diagnóstica.

## 3. **Objetivos específicos:**

- 3.1. Proporcionar a médicos del área pediátrica y al personal de enfermería, un protocolo para el tratamiento oportuno y adecuado al grado de complejidad del intento de suicidio en niños, adolescentes y sus familias, que consultan en Servicio de Urgencia o se encuentran hospitalizados en Servicios con camas indiferenciadas;
- 3.2. Favorecer la integridad física y psicológica de los consultantes así como del personal a cargo de la intervención
- 3.3. Evitar pérdidas innecesarias de vida (prevenir un nuevo intento de suicidio y un suicidio consumado) y, darle oportunidad al paciente de recuperar su bienestar emocional y su calidad de vida al realizar tratamiento a su(s) patología(s) de base
- 3.4. Valorar al paciente desde el punto de vista médico y quirúrgico según método del intento suicida.
- 3.5. Iniciar tratamiento médico de urgencia y/o quirúrgico, según corresponda
- 3.6. Evaluar gravedad del intento y persistencia de ideación suicida
- 3.7. Evaluar el potencial de riesgo suicida
- 3.8. Evaluar factores de riesgo y protectores del intento
- 3.9. Determinar la capacidad familiar de protección y contención del paciente.



#### 4. Alcance:

Incluye a todo niño y adolescente de ambos sexos hasta los 14 años con 11 meses con 29 días, consultante a Unidad de Emergencia Infantil, Servicio de Pediatría y Servicios con camas indiferenciadas infantojuveniles<sup>1</sup>.

#### 5. Documentos Aplicables:

- Documento de referencia y contrareferencia (interconsulta). Completar los datos es responsabilidad del médico quien debe escribir con letra legible.
  
- **Requerimientos de la Interconsulta de Referencia**<sup>2</sup>
  - Datos de identificación del paciente completos.
  - Diagnóstico.
  - Motivo de derivación.
  - Breve evolución clínica, exámenes y tratamientos realizados.
  - Nombre y timbre del médico.

#### 6. Definiciones:

En la población infanto-juvenil la aparición y desarrollo del “concepto de muerte”, suele darse entre los 5 y los 8 años, pero todavía considerado como algo temporal y reversible; es entre los 9 a 12 años cuando se alcanza el concepto de irreversibilidad de la muerte y en la adolescencia se adquiere la plena conciencia del significado de la muerte como un hecho inexorable. Por ello parece poco probable que se realicen conductas suicidas antes de los 10 años aunque, sin duda, todo ello depende de la historia y el desarrollo del propio sujeto.

La OMS propone como criterios operativos de un **Intento de suicidio** a “cualquier tipo de acto autolítico que no tenga como resultado la muerte, que cause autolesión o que, sin la intervención de otros la determinaría, así como la utilización de fármacos en dosis o forma no terapéutica. A diferencia de la definición de 1976, **actualmente no se considera necesario que exista una lesión para que un acto pueda ser considerado como Intento de Suicidio.**

<sup>1</sup> El grupo etéreo de entre 15 a 17 años con 11 meses con 29 días, si bien correspondería ser evaluados por Psiquiatría Infantojuvenil, en este hospital hace 7 años por la falta de horas recurso profesional psiquiatra infantil versus adulto, se decidió que los pacientes de Enlace una vez cumplidos 15 años, serían evaluados y tratados por Psiquiatría de Enlace de adultos

<sup>2</sup> El trámite de la interconsulta es responsabilidad del SOME



Para operativizar los conceptos y la terminología acerca del suicidio, es frecuente realizar una distinción entre:

- **conducta suicida:** espectro de conductas con fatal desenlace o no, que incluyen tentativa de suicidio o suicidio
- **ideación suicida:** pensamientos que pueden variar desde ideas como que la vida no merece la pena, hasta planes bien estructurados sobre cómo morir o intensas preocupaciones autolesivas.

También, se operativiza **el concepto de conducta suicida en niños y adolescentes como un continuum** desde las conductas de riesgo no suicidas, a las ideas de suicidio, los intentos y el suicidio consumado.

#### 7. Responsable:

- 7.1. Directores/as de establecimientos de Atención Primaria
- 7.2. Director de Hospital **Dr. Gustavo Fricke**
- 7.3. Médico Jefe CAE
- 7.4. Médico Atención Primaria de Salud
- 7.5. Médico Jefe del Servicio correspondiente
- 7.6. Médicos de Servicios de Urgencia APS y Hospitalaria
- 7.7. Médico psiquiatra interconsultor
- 7.8. Enfermera(o) de sala

#### 8. Prioridad de la derivación:

##### Alta:

Todo paciente con intento de suicidio que presente las siguientes características:

- Método de gran letalidad
- Uso de varios métodos simultáneos
- Intentos repetidos de suicidio
- Ideación suicida persistente
- Intento de suicidio planificado
- Trastorno psiquiátrico severo
- Violencia intrafamiliar
- Incapacidad de protección parental
- Psicopatología severa de los padres

**Mediana:** Todo paciente que haya realizado un intento de suicidio y que presente a) menos uno de los indicadores de hospitalización no señalados en Prioridad 1.





**Baja:** Todo paciente que haya realizado un intento de suicidio frustrado y que no cumpla los criterios antes señalados.

## 9. Referencia y contrareferencia

### Criterios de Referencia a Atención de Urgencia<sup>3</sup>

- Debe ser referido **todo paciente menor de 15 años que haya realizado un intento de suicidio.**

### INDICADORES DE HOSPITALIZACIÓN<sup>4</sup>

Cuando se presenta **una o más**, de las siguientes características del intento de suicidio **se considera riesgo elevado y el paciente debe ser hospitalizado:**

- Todo paciente con riesgo vital que requiera soporte vital avanzado producto del intento quedará hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos.
- Todo intento suicida cometido por niño o adolescente varón (mayor riesgo)
- Todo paciente que haya realizado más de un intento suicida.
- Toda niña o adolescente con intentos recurrentes, con ideación suicida persistente y que carece de apoyo familiar
- Todo intento suicida de alta letalidad: uso de métodos violentos (ahorcamiento, salto al vacío, herida por arma de fuego, cortes profundos), intento serio por ingestión (antidepresivos, cáusticos, insecticidas).
- Todo intento suicida con alta intencionalidad (planificación, pacto suicida, carta de despedida, no aviso del intento, precauciones para no ser descubierto, etc.).
- Persistencia de ideación suicida en sala de urgencia.
- Paciente con antecedentes de tratamiento en Salud Mental por depresión, bipolaridad, esquizofrenia, trastorno de pánico, trastorno conducta, abuso de sustancia, maltrato, abuso sexual, trastorno de la alimentación, etc.

<sup>3</sup> La mayoría de los casos atendidos en urgencia deben ingresar al hospital por **sumatoria de factores de riesgo suicida evaluados durante 1 o 2 días**, a menos que las necesidades médicas, psiquiátricas y/o judiciales requieran una estadía más prolongada, para efectuar una evaluación y tratamiento más exhaustivo y de mayor complejidad del estado de ánimo del paciente y las circunstancias familiares y del entorno. La duración de la hospitalización puede prolongarse (p. ej medidas de protección y/o judicialización por revelación de malos tratos y/o abuso sexual u otro trastorno psiquiátrico grave).

<sup>4</sup> **Importante tener en cuenta que en las Guías Clínicas de la Asociación Psiquiátrica Americana de Psiquiatría de niños y adolescentes, así como en las de Psiquiatría Adulto Americanas "todo intento de suicidio en niños y adolescentes tiene indicación de hospitalizar", también en la Guía de Conducta Suicida infantojuvenil del Programa Nacional de Salud Mental Uruguayo.**



- Falta de conciencia de enfermedad del paciente y/o negación del riesgo por la familia.
- Pacientes con gran descontrol impulsivo y/o agitación psicomotora (ver protocolo agitación psicomotora en niños y adolescentes).
- Pacientes con primer brote psicótico o con descompensación psicótica
- Depresión moderada a severa con alta desesperanza, psicosis y/o deseo profundo de muerte
- Familias que manifiestan explícita o implícitamente no poder contener al paciente.
- Ausencia de un adulto responsable en el hogar, desinterés familiar por el joven
- Suicidio reciente en el entorno.
- Todo paciente con patología crónica, incluye VIH +
- Adolescente con consumo de sustancias de abuso grave descompensado
- Episodios de autointoxicación que tiene lugar después de los 6 años deben considerarse como potencialmente suicidas (evaluar maltrato, abuso sexual, etc.)

#### **Criterios de Referencia a Atención Secundaria**

- Clara ausencia de ideación suicida activa.
- Ausencia de un plan suicida por parte del paciente.
- Ausencia de síntomas psicóticos (delirios o alucinaciones).
- Bajo nivel de ansiedad y/o alteración del ánimo
- Presencia de un familiar comprensivo y responsable que pueda vigilar al paciente
- Deseo expreso del paciente y familiar a cargo de iniciar tratamiento ambulatorio
- Auto agresiones impulsivas reactivas, que no tienen intención suicida.
- En Servicio Pediátrico y Servicios con camas indiferenciadas hospitalizados por intento de suicidio o que tengan acumulación de factores de riesgo para conducta suicida intrahospitalaria.
- En todo paciente que sea hospitalizado por intento de suicidio o que verbalice ideación suicida de cualquier gravedad (aún por otro motivo de hospitalización) una vez evaluado por médico tratante, éste realizará interconsulta con el máximo de antecedentes a Equipo de Enlace Psiquiátrico y Psicológico Infantojuvenil el que actuará como interconsultor<sup>5</sup>.

<sup>5</sup> La interconsulta debe ser entregada a la brevedad por personal a cargo de este procedimiento en la Secretaría de la Unidad de Neuropsiquiatría y Psicología Infantojuvenil, ubicada en el 2° piso del Consultorio Adjunto de Especialidades. El pediatra de sala informa y coordina junto al equipo de Enlace psiquiátrico psicológico el caso para programar estrategias de evaluación diagnósticas a seguir.



#### **10. Fundamento:**

Una de las experiencias más complejas con las que un médico tiene que enfrentarse es el suicidio o el intento de suicidio de un niño o 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 pediátricas del intento de suicidio es muy amplia y no existe consenso respecto de los indicadores de hospitalización variando desde que "todo intento de suicidio en niños y adolescente debe ser hospitalizado", para realizar la evaluación y tratamiento por equipo especializado en Salud Mental infanto-juvenil, hasta la existencia de algunos pocos indicadores absolutos en bibliografía, que han sido ampliadas según la experiencia de la Psiquiatría de Enlace Infantojuvenil de este hospital. Sin embargo en todas se hace énfasis en que un adecuado y eficiente abordaje parte por una buena entrevista y manejo inicial del médico.

El prototipo más frecuente de intento de suicidio es el de un adolescente de sexo femenino 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, son intoxicaciones leves con una estadía breve en UCI. Los sedantes y antidepresivos, disponibles en los hogares, son los fármacos más utilizados, probablemente secundarios a la alta incidencia de patología psiquiátrica en nuestra población. Una patología psiquiátrica de base y factores de riesgo del ámbito familiar son los facilitadores. Con menos frecuencia se observan intentos de suicidio por heridas profundas en las muñecas o en el cuerpo y, últimamente han ido en aumento el número de suicidios por ahorcamiento y lanzamiento al vacío o a coches en movimiento en adolescentes.

#### **11. Criterios Clínicos a considerar:**

##### **Espectro de conductas suicidas que consultan al Servicio de Urgencia:**

- 11.1.1. **Ideas de muerte no suicidas:** El pensamiento de muerte es más temido que deseado; es habitual en niños y adolescentes ansiosos, obsesivos y con depresiones neuróticas.



11.1.2. **Comportamientos de riesgo reiterados:** accidentes reiterados de todo tipo (auto, moto, deportes de riesgo), frecuentes peleas con resultado de lesiones y sobre ingestas tóxicas graves. Pueden ser equivalentes depresivos y esconder un deseo de muerte inconciente. Se denomina también “conducta parasuicida”

11.1.3. **Amenazas de autoagresiones:** muy frecuentes en psiquiatría infanto-juvenil. A pesar de ser interpretadas en ocasiones como “chantajes” o “actitudes desafiantes”, implican habitualmente una gran angustia en el que las hace, que puede debatirse entre el deseo de muerte y el miedo a morir.

11.1.4. **Gestos autoagresivos:** cortes, quemaduras, golpes, arañazos intencionados producidos en situaciones de gran angustia y sentimientos de vacío; se trata de actos realizados de manera impulsiva, habituales en adolescentes con Trastorno de Personalidad especialmente del tipo Límitrofes, en que las lesiones físicas tienen por fin calmar un sufrimiento psicológico; en sí mismos, estos actos son de bajísima letalidad, requieren tratamiento y aunque no deben considerarse como Intentos de suicidio, no se debe ignorar el riesgo de depresión y autoeliminación en el futuro.

11.1.5. **Ideación suicida:** existe un pensamiento a veces rumiativo, en torno a la idea de quitarse la vida; habitual en los pacientes deprimidos. Importante evaluar el riesgo suicida, se clasifica en • Leve: sólo ganas de morir, • Moderada: ganas de morir con esbozo de planificación, • Grave: decisión de morir, con planificación exhaustiva para su concreción.

11.1.6. **Intentos de suicidios:** actos de autoagresión voluntarias con finalidad autodestructiva con distintos grados de reactividad, impulsividad, riesgo letal, preparación o intencionalidad. Habitualmente se dan en trastornos depresivos, maltratos, abusos sexuales, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos ansiosos adaptativos graves, trastornos de personalidad, psicosis, etc.

Cabe destacar que en la bibliografía no se hacen diferencia entre gestos, amenazas y verdaderos intentos porque en todos los casos determinan que es preciso actuar de igual manera y considerar todo intento de suicidio en forma seria y estudiar los factores de riesgo asociados y desencadenantes para mejorar la condición física del paciente y tratar el cuadro clínico subyacente.



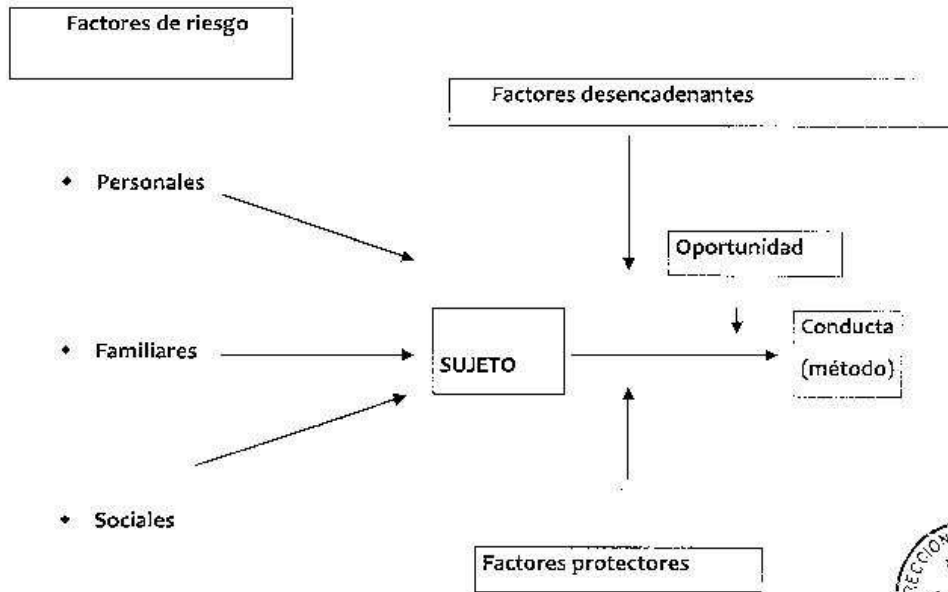
**Urgencia en Enlace Infantojuvenil:** actividad de respuesta por equipo del Programa de Enlace (psiquiatra, psicólogo y/o asistente social) a interconsulta del médico tratante de pacientes hospitalizados cuyos diagnósticos o sospechas diagnósticas involucran causas y/o sintomatología psiquiátrica que por su gravedad necesitan pronta resolución, ya que constituyen riesgo para el paciente y requieren de manejo intrahospitalario especial. El intento de suicidio constituye la patología del Enlace de Urgencia más prevalente.

**Modelo explicativo de los intentos de suicidio:**

Cada niño o adolescente que intenta suicidarse o comete suicidio es distinto, cada intento es distinto, distintos motivos, distintos fines, factores de riesgo y sucesos desencadenantes, por lo que es muy difícil encasillarlos en un solo esquema. El presente modelo de trabajo busca explicar de un modo general el proceso a través del cual cada paciente en forma individual llega a cometer un intento de suicidio; lo que da la particularidad a cada caso es, el distinto grado de influencia de cada uno de los elementos involucrados.

Plantea que existen múltiples factores de riesgo (personales, familiares y sociales) que interactúan de modo diferente en cada sujeto para hacer a las personas susceptibles de presentar la conducta autoagresiva, al estar enfrentadas a eventos desencadenantes y oportunidades (disponibilidad de método p.ej.) presentar la conducta.

Así a través de este modelo al comprender y acotar cada caso en particular lo mejor posible, nos permite orientar el diseño de estrategias de intervención más adecuadas y específicas a cada paciente.



### Factores asociados al intento:

**Factores desencadenantes:** la mayoría de los intentos son precipitados por algún suceso desencadenante, que son eventos estresantes no distintos a los sufridos por otros jóvenes que no presentan conducta suicida. Es decir pueden actuar como gatillantes en personas predispuestas pero no son la causa del suicidio o intento.

- Conflictos o peleas con padres, amigos y/o pareja
- Entrega de calificaciones escolares
- Episodios de violencia y/o abuso sexual
- Problemas de disciplina
- Conflictos con la justicia

### Factores específicos de riesgo:

#### A.- Personales

- **Género:** los intentos de suicidio se asocian fuertemente al sexo femenino (3:1), el suicidio consumado, en cambio, es más frecuente en varones.
- **Edad:** se observa un claro aumento de la conducta suicida con la llegada de la pubertad. El intento de suicidio es muy raro antes de los 10 años y la tasa de suicidio consumado prácticamente se duplica al comparar el grupo de 5 a 14 años con el de 15 a 24 años; en la adolescencia propiamente tal la mayor mortalidad por suicidio es en el grupo de 15 a 19 años muy por encima del grupo de 10 a 14 años.
- **Patología psiquiátrica:** La Depresión Mayor es el trastorno que con más frecuencia se presenta en las series de adolescentes con intento de suicidio. Los Trastornos Depresivos en general están en el 40% al 80% de los intentos. Con alta frecuencia el Trastorno Disocial por el alto grado de impulsividad y su asociación con otros factores de riesgo. El Abuso de Sustancias es frecuente en especial por aquellas que facilitan la impulsividad, disminuyen el autocontrol y la reflexión. También los Trastornos de Alimentación, Trastorno Bipolar y los Trastornos Psicóticos. El diagnóstico de Trastornos de la Personalidad debe tenerse en cuenta en adolescentes mayores y cuando los rasgos anormales son muy marcados y persistentes. Hay que tener presente el efecto potenciador que la comorbilidad de patologías ejerce.
- **Antecedente de conducta suicida previa:** Si bien es importante considerar la ideación suicida como un factor de riesgo importante a evaluar, es el antecedente de intento(s) de suicidio previo(s) un factor de riesgo imponderable tanto para la repetición (14% al 50% repite el intento) como para el suicidio consumado.
- **Coexistencia de enfermedad física** en especial cuadros crónicos.
- **Características psicológicas** asociadas a mayor riesgo suicida: - Desesperanza



- o -Alta impulsividad - Alto grado de violencia -Pobre regulación de los afectos
- Dificultades en comunicar y pedir ayuda - Falla en la resolución de problemas.

#### B.- Familiares

- **Psicopatología parental:** existencia de patología psiquiátrica en los padres y/o abuso de sustancias por parte de estos.
- **Intentos de suicidio o suicido consumados en miembros del grupo familiar;** puede explicarse por la heredabilidad de ciertos rasgos o patologías que predisponen al suicidio así como por la presencia de modelos a imitar, en especial entre familiares de primer grado.
- **Maltrato físico y el abuso sexual** de alta asociación a suicidabilidad.
- **Familias disfuncionales:** comprende una serie de familias en las que se presentan faltas en sus funciones de cuidado, ya sea por altos niveles de conflictos, ausencia de uno de los padres, separación o deficientes mecanismos de comunicación intrafamiliar.

#### C.- Factores socioambientales

- **Contagio suicida:** intentos de suicidio que se dan como conductas imitativas o de identificación. Se ve cuando hay suicidios muy publicitados de ídolos de los jóvenes ,o seguidillas de suicidios en establecimientos educacionales o poblaciones. Cabe destacar que este efecto de modelaje sólo afecta a jóvenes predispuestos que ya acumulan factores de riesgo.
- **Disponibilidad de métodos:** a mayor disponibilidad en el ambiente de métodos potencialmente letales (ej. armas de fuego) se ve un mayor uso de éstos que en los lugares donde su acceso está más restringido.

**D.- Factores Protectores;** Se destacan con el fin de evaluarlos y potenciarlos para ayudar a la prevención del intento de suicidio y el suicidio consumado y cotejarlos con los de riesgo para orientar las intervenciones terapéuticas y las acciones a seguir.

- **Ausencia de psicopatología psiquiátrica:** la mayoría tiene al menos un diagnóstico y en todas las series sólo una minoría no tiene ninguna patología psiquiátrica, por lo tanto el no presentar patología psiquiátrica resulta protector.
- **Bajos niveles de agresividad e impulsividad**
- **Mecanismos psicológicos eficientes en la resolución de conflictos**
- **Familias apoyadoras y contenedoras**



**E.- Motivación o finalidad:** las motivaciones son diversas. El deseo de dejar de vivir es un motivo frecuentemente presente (en algunas series alcanza hasta el 50%), otros motivos son evitar situaciones evaluadas como negativas, llamar la atención, resolver problemas, evitar castigos, castigar o asustar a otros, etc.

**F.- Planificación:** en los adolescentes la mayoría de los intentos son impulsivos y con un muy bajo grado de planificación.

**G.- Métodos:** El más utilizado es la sobredosis de medicamentos (psicofármacos) especialmente en mujeres. Otros son las heridas cortantes en las muñecas, ingesta de tóxicos (solventes, insecticidas, raticidas). Los métodos potencialmente más letales como el ahorcamiento, disparo por arma de fuego, arrojar de altura se asocia a intentos graves y se ven más en la población de varones adolescentes

**Tratamiento farmacológico:** Si el paciente suicida está psicótico se debe seguir protocolo de agitación psicomotora. Si el paciente no está psicótico y tiene ideación suicida activa y ansiedad importante administrar con precaución sólo benzodíacepinas, habiendo descartado que el paciente usó benzodíacepinas como método autolítico y teniendo presente el efecto paradójico de desinhibición conductual descrito en la población infantil. No hay consenso acerca del uso de otro tipo de fármacos por no especialistas en este grupo etáreo. Se sugiere en caso de sospecha para evaluación y manejo, hacer test de drogas de abuso en orina (hacer la gestión para obtener cupos disponibles en Psiquiatría de adulto)

**Programa de Prevención:** Busca prevenir el suicidio en el paciente que consulta por intento de suicidio en Urgencia y en paciente hospitalizado. Para ello se requiere evaluar el riesgo que presenta el paciente de suicidio en Urgencia u hospitalizado. Se requerirá observar, vigilar, acompañar y contener si fuera necesario al paciente durante la hospitalización. En un número reducido de casos será necesario ubicar al paciente en una unidad que permita todas las medidas antes nombradas con mayor rigor p. ej. En Servicio de Aislamiento. En caso de necesidad facilitar el acompañamiento por un familiar (indicado por médico y autorizado por enfermera jefa de piso).

Se recomienda no dejar cercano al paciente todo tipo de objeto cortante, medicamentos, etc. Se mantendrá al paciente alejado de las ventanas y lugares desde donde pueda lanzarse desde la altura. El lugar ideal es cercano a la estación de enfermería desde donde pueda ser observado el paciente. Cuando se sospecha riesgo suicida será necesario acompañar al baño al paciente e impedir que se encierre en este.

Se podrá hacer uso del esquema de protocolo de agitación psicomotora para contener al paciente potencialmente suicida en medio hospitalario.





## 12. Estrategias e Intervenciones

### En Servicio de Urgencia:

1. Evaluar médica y quirúrgicamente las características y alcances de las lesiones y/o de la intoxicación medicamentosa.
2. Realizar tratamiento médico o quirúrgico adecuado según lesiones y posibles complicaciones médicas y explicar los procedimientos al paciente y a los familiares, toda vez que la condición del paciente y familia lo permita.
3. Garantizada la seguridad física y con el paciente estabilizado médicamente, conciente y lúcido el médico con empatía, sin culpabilizar, ni prometer confidencialidad, debe obtener toda la información que pueda del paciente y de los acompañantes para **“evaluar severidad del intento y probabilidades de repetición”**.

Esto se hace:

- **explorando las circunstancias de la tentativa** (revisar detalladamente lo ocurrido en la vida del paciente en las 48-72 horas previas al intento o amenaza y factores precipitantes),
- **evaluando el estado mental** (grado de desesperación, desesperanza, disociación, confusión, psicosis) **el método utilizado y su gravedad médica** se correlacionan pero no siempre es un predictor fiable en niños y adolescentes, dado que pueden realizar un juicio erróneo de la letalidad potencial
- **evaluar la accesibilidad a métodos** (armas de fuego, sustancias tóxicas, etc.)
- **evaluar intencionalidad** (grado de planificación, premeditación, actos finales que anticipan la muerte p. ej. repartir pertenencias, notas de suicidio y evitación de ser descubierto versus impulsividad del acto)
- **gravedad de ideación suicida** (ver criterio asignación de riesgo pág. 18)
- **existencia o no de arrepentimiento posterior**
- **investigar consumo de drogas**
- **averiguar y registrar los intentos de suicidio previos** (es el más fuerte predictor de un nuevo intento)
- **evaluar el apoyo socio-familiar.**
- **investigar factores de riesgo suicida:** individuales, familiares y socio ambientales (ver listado factores de riesgo, anexo 1 pág. 20-21).
- **Evaluar factores protectores** para cotejarlos con los de riesgo antes de tomar decisión de manejo a seguir (ver pág.7).
- **Entrevistar siempre al familiar más cercano o a quien haya presenciado el evento,** (p. ej amigos, compañeros), ya que la validez de la entrevista



dependerá del nivel de desarrollo cognitivo y de la gravedad del distrés psicológico. Es frecuente encontrar disparidad entre los datos obtenidos de los pacientes y de sus padres; normalmente los niños y adolescentes informan mejor de su ideación o conducta suicida que sus padres.

- Nunca dar de alta si no se ha contactado o no se ha hecho presente en la UEI la familia o un adulto responsable.
- Requerir antecedentes médico-sociales del paciente y familia en caso necesario
- Realizar historia clínica.
- Manejo sereno para disminuir la angustia que genera la emergencia en paciente, familia y personal de salud, p ej. ante las preguntas insistentes de los familiares que pueden estar choqueados, enojados y/o muy culpabilizados por la situación.
- En aquellos casos que el médico de urgencia evalúe de mayor gravedad, evite un nuevo intento de suicidio informando a los familiares en forma clara, tranquila y sin alarmarlos del alto riesgo de un nuevo intento de suicidio (hasta 70% especialmente durante el primer año), y de la necesidad de instaurar un tratamiento especializado para disminuir este riesgo y motivarlos para que adopten una actitud de comprensión hacia el hecho y su hijo.
- Siempre y cuando la situación de crisis lo permita o la reacción familiar sea contensiva y no descontrolada solicite a un familiar que acompañe al paciente para disminuir la sensación de abandono e identificar y disminuir la posibilidad de un nuevo intento.
- El valor de "contratos de no suicidio", en la que el niño o el adolescente se compromete no auto dañarse y avisar a un adulto si está teniendo ideas suicidas, no se conoce. El niño o adolescente puede no estar en un estado mental para aceptar o no entiende el contrato. Se sugiere no realizar esta acción verbal ni escrita, en urgencia
- Evaluar la oportunidad del alta o la hospitalización para la intervención del equipo de psiquiatría de Enlace. Si bien el consenso internacional es "Hospitalizar todo intento de suicidio en niños y adolescentes" (ver nota al pie pág. 5), se sugiere que el pediatra, de ser necesario, en coordinación con Jefe de UEI evalúe hospitalización según criterio médico en cada caso en particular: **la decisión final de hospitalizar se considera por la sumatoria de factores de riesgo y un limitado apoyo familiar y de la comunidad.** (ver "indicadores de hospitalización" ampliadas por psiquiatría infanto juvenil a cargo de guía-protocolo, pág. 14)
- Si existe acumulación de factores de riesgo y riesgo elevado sin clara indicación de hospitalizar se debe realizar interconsulta urgente a NeuroPsiquiatría

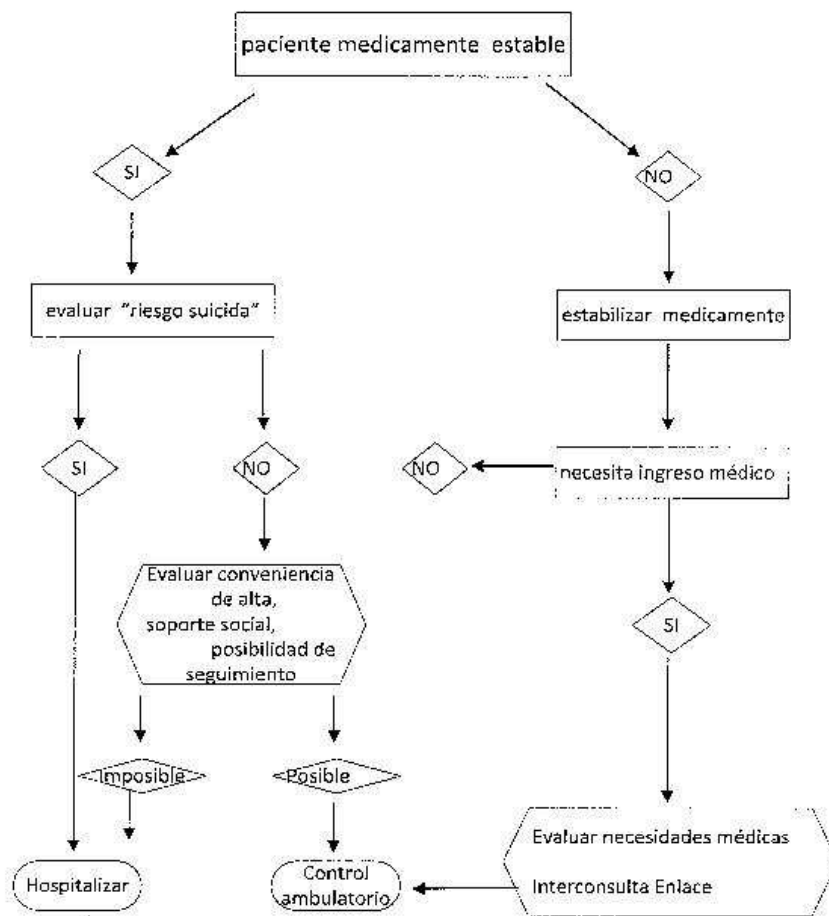


Infantojuvenil en el Consultorio adosado al Hospital para dar hora ambulatoria en los próximos 7 a 10 días, fono 2577835.

- Si hay acumulación de factores de riesgo y no presenta riesgo elevado ni indicación de hospitalización el pediatra en urgencia realiza interconsulta Urgente a Salud Mental de la Atención Primaria y contrarreferencia para asegurar la consulta. La aprobación de esta gestión puede considerarse si el médico está convencido de que la supervisión y apoyo adecuados estará disponible durante los próximos 7 a 10 días, y si un adulto responsable se ha comprometido a "sanear" el medio ambiente, garantizar el cuidado estrecho (24 hrs.) del paciente, la eliminación de los medicamentos potencialmente letales y armas, especialmente las de fuego y se ha informado a paciente y adulto acerca del posible efecto desinhibidor de las drogas y el alcohol y su contraindicación absoluta. Si el médico no está convencido de que el punto anterior pueda ser realizado la indicación es hospitalizar
- Remitir los casos evaluados de bajo riesgo (gestos, amenazas, autoagresiones menores sin ideación suicida, sin plan ni uso de método potencialmente letal) al médico de Salud de Atención Primaria, al Psiquiatra personal en caso de existir, o al Servicio de Psiquiatría ambulatorio correspondiente.
- El control de la reincidencia o la posibilidad de un nuevo intento se logra en casos con alto componente de ansiedad, con la prescripción de ansiolíticos, que deben ser suministrados por el personal de enfermería en UEI o si es dado de alta bajo el cuidado de los padres, mientras el niño o adolescente empieza a recibir un tratamiento especializado. 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. 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.
- Se recomienda que los médicos que no se encuentran cómodos al realizar una valoración psiquiátrica deben remitir inmediatamente al paciente a otro colega del turno más afín al tema.



**Algoritmo protocolizado para actuación en intento suicida en UEI**



**Intervenciones e Indicaciones específicas a los pacientes hospitalizados indicadas por el Programa de Enlace infanto juvenil:**

1. Con el paciente fuera de riesgo vital y tratadas las posibles complicaciones médicas, el Psiquiatra y/o Psicólogo Infanto juvenil de Enlace contactado vía interconsulta del médico tratante, debe realizar primeras entrevistas individuales y a la familia, para realizar examen mental, investigar factores específicos de riesgo del intento suicida (del paciente, de la familia, del contexto socio escolar), realizar la evaluación de la gravedad del intento, presencia y gravedad de la ideación suicida, posibilidad de reintento y los diagnósticos psiquiátricos de base del paciente.
2. Si los profesionales que realizan esta primera entrevista lo estiman necesario, solicitarán Evaluación por Asistente Social de Enlace e iniciar coordinaciones con Atención Primaria, Fiscalía y/o Tribunal de Familia según cada caso.



3. El Psiquiatra interconsultor iniciará el tratamiento farmacológico según diagnóstico(s)
4. Mientras permanezca hospitalizado en sala se le debe otorgar vigilancia permanente (24 horas). La sala debe estar cerca de la enfermería, las ventanas deben tener seguro y el paciente debe ser acompañado al baño y este no debe tener llave. El personal paramédico informará a Enlace la conducta, la socialización, el estado anímico del paciente y las relaciones que se producen entre el paciente y quienes le visitan.
5. Enlace puede requerir en caso necesario restringir las visitas al paciente.
6. El paciente no debe ser dado de alta hasta que el riesgo suicida esté minimizado, se haya realizado la evaluación y estrategias de tratamiento psiquiátricos y psicosociales individualizadas según cada caso al paciente y la familia.
7. El equipo de Enlace evolucionará el caso y evaluará riesgo suicida previo al alta.
8. La epicrisis y el carné de alta serán confeccionados por el pediatra tratante, de acuerdo a los datos proporcionados por el psiquiatra en un pequeño resumen ad-hoc, toda vez que no haya psiquiatra disponible por escasez del recurso para realizar esta actividad
9. Al alta el paciente debe tener hora de control en Policlínico de Seguimiento del Enlace ((Psiquiatría y/o Psicología según plan de tratamiento), debe llevar los medicamentos indicados suficientes hasta el control, con prescripción clara de dosis y horarios de los fármacos y anotadas horas de control en carné de alta.
10. Los medicamentos deben ser administrados en el hogar por un adulto a cargo y deben estar muy bien guardados bajo llave, en un lugar desconocido por el joven. También deben haber sido removidos del hogar todos los elementos que pudiesen ser usados para repetir el intento, p. ej. armas de fuego y estricta vigilancia de fármacos de uso familiar, etc.
11. La continuidad del tratamiento en Salud Mental al alta en la Unidad de Neuropsiquiatría Infantojuvenil o la derivación a la Red Salud Mental pertinente a su domicilio (ej. COSAM de Concón donde existe el recurso psiquiatra) o a Programas de Salud Mental del HGF según corresponda, será realizada a través de

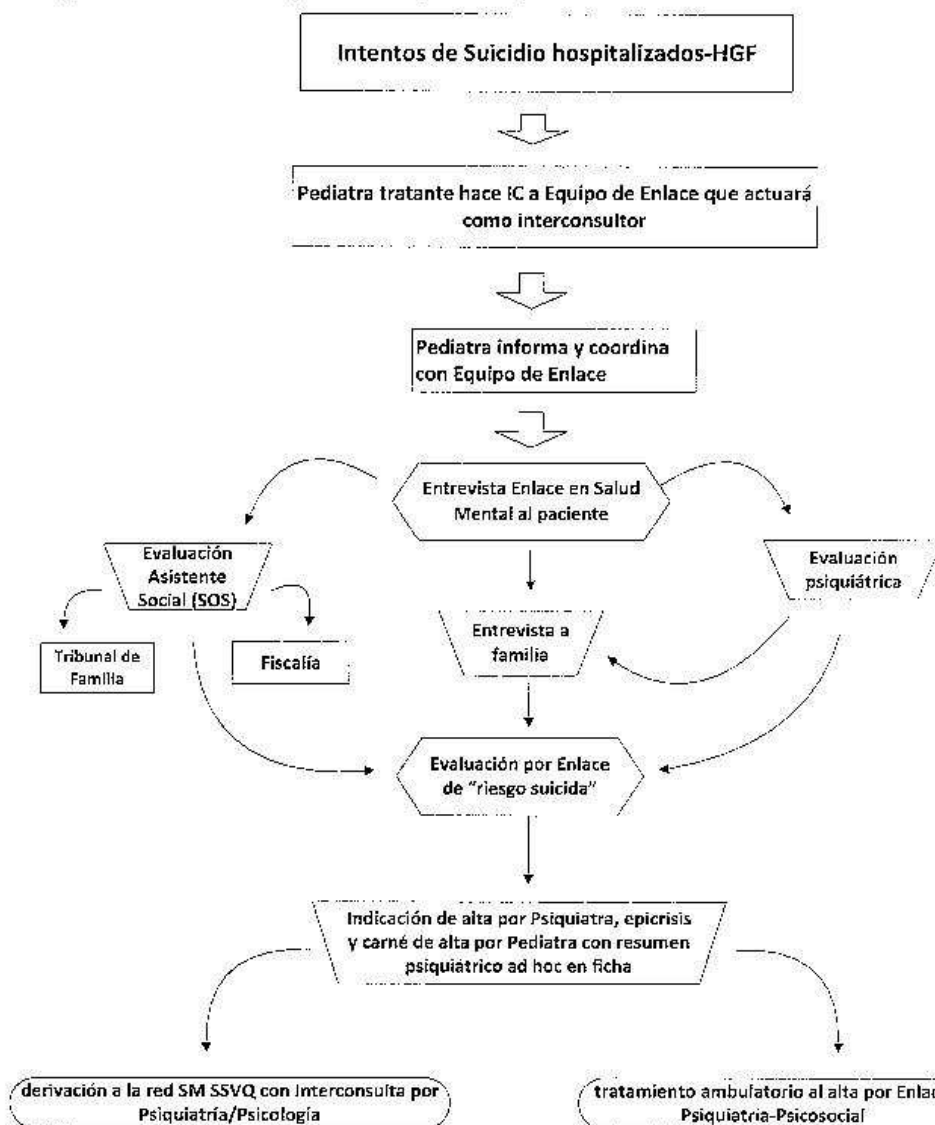


interconsulta hecha por Psiquiatra y/o Psicólogo tratante de Enlace y coordinación (telefónica y/o correo electrónico)

**Derivación a Hospital de Día Infantojuvenil:** La derivación a Hospital de Día infantojuvenil será realizada por un profesional del Equipo de Enlace previa evaluación del caso y coordinado el profesional a cargo del traslado de los casos al Hospital Diurno.

**Hospitalización completa para casos alta complejidad (diagnóstica, descompensación, refractariedad a tratamiento, cuidados especiales, etc.):** Se realizará por los profesionales del equipo de Enlace y la jefatura directa según protocolos a seguir.

**Flujograma de actuación en paciente hospitalizado por intento de suicidio**



### 13. Indicadores de calidad

La totalidad de los pacientes que se presentan en la Unidad de Emergencia Infantil deben ser evaluados según protocolo. Esto significa que:

13.1. 100 % de los pacientes que se presenten al servicio de urgencia con intento de suicidio deben ser evaluados por el médico de urgencia.

13.2. 100 % de los pacientes con intento de suicidio (o ideación suicida) que presenten patología psiquiátrica asociada deben ser hospitalizados para evaluación por psiquiatra o psicólogo de Enlace, en caso de no haber el recurso psiquiatra inmediato

13.3. Ningún paciente debe suicidarse en el hospital, ni lesionarse gravemente.

### 14. Anexo 1:

#### Criterios de asignación de riesgo

Riesgo	Conducta
Leve	Sólo ganas de morir
Moderado	Ganas de morir con esbozo de planificación
Grave	Decisión de morir, con planificación exhaustiva para su concepción, con método.

Riesgo suicida	Síntomas	Evaluación	Acción
0	No hay peligro		
1	Perturbado emocionalmente.	Indagar sobre pensamientos suicidas	Escuchar con empatía
2	Vagas ideas de muerte.	Indagar sobre pensamientos suicidas.	Escuchar con empatía
3	Vagos pensamientos de suicidio.	Valorar el intento (plan y método).	Explorar posibilidades de ejecución del plan. Identificar y contactar red social de apoyo de la persona.



4	Ideación suicida de riesgo leve o moderado y episodio depresivo leve o moderado.	Valorar el intento (plan y método).	Explorar posibilidades de ejecución del plan. Identificar y contactar red social de apoyo.
5	Ideación suicida de riesgo moderado y episodio depresivo grave; o ideación suicida de riesgo grave y episodio depresivo leve o moderado.	Valorar el intento (plan y método).	Hospitalizar y derivara psiquiatría mediante interconsulta con la mayor cantidad de antecedentes.
6	Ideación suicida de riesgo grave y episodio depresivo grave.	Permanecer con el paciente (para prevenir su acceso a los medios de suicidios)	Hospitalizar.

**Anexo 2: RIESGO ELEVADO QUE INDICA HOSPITALIZACION:**

- \_ Admite su intención suicida.
- \_ Plan suicida.
- \_ Patología psiquiátrica.
- \_ Acceso a métodos de autolesión.
- \_ Antecedentes personales o familiares de intento suicidio o suicidio consumado.
- \_ Suicidio reciente en el entorno.
- \_ Impulsividad.
- \_ Desesperanza o desesperación
- \_ Deseo de reunión con un ser querido fallecido.

**Anexo 3: Factores de riesgo generales de suicido a explorar**

➤ **Individuales:**

- ♦ Sexo femenino para el intento, masculino para el suicido (en varón alto riesgo)
- ♦ Edad (mayor de 12 años)
- ♦ Antecedentes de intent(os) de suicidio previos (a mayor severidad mayor riesgo)
- ♦ Alta impulsividad
- ♦ Conflictos graves con amigos.
- ♦ Deseo de reunión con ser querido fallecido.
- ♦ Mayor exposición a situaciones de riesgo de vida.
- ♦ Aislamiento.
- ♦ Decepciones amorosas





- ♦ Enfermedades crónicas.
- ♦ Problemas relacionados con la sexualidad.
- ♦ Muerte de una figura importante o idealizada.
- ♦ Presenciar la muerte de un ser querido.
- ♦ Baja autoestima y/o culpa excesiva
- ♦ Patología psiquiátrica: Abuso sexual en la infancia y/o adolescencia, Maltrato, Trastornos del ánimo (depresión, exaltación, estados mixtos), Trastorno de conducta Disocial, Trastornos de adaptación, Abuso de drogas, Trastornos de ansiedad crónicos (temor, nerviosismo, hiperactividad, tensión) y agudos p. ej. Crisis de pánico, Trastornos del sueño (insomnio, hipersomnía), Trastornos de la conducta alimentaria (Anorexia-Bulimia), Psicosis y Esquizofrenia.

➤ **Familiares:**

- ♦ Patología psiquiátrica en el núcleo familiar.
- ♦ Suicidio de un ser querido.
- ♦ Antecedentes familiares de suicidio.
- ♦ Muerte de familiar significativo.
- ♦ Disfunción familiar p ej. falta de comunicación
- ♦ Maltrato y/o Negligencia.
- ♦ Conflicto familiar reciente.
- ♦ Crisis disciplinaria.
- ♦ Llamados de atención humillantes.
- ♦ Confusión de roles familiares.
- ♦ Separación de los progenitores por muerte, abandono o divorcio.
- ♦ Cambios de domicilio frecuentes.
- ♦ Situaciones de hacinamiento.
- ♦ Pérdida de autoridad de los progenitores.
- ♦ Frecuentes riñas y querellas en el hogar.

➤ **Sociales:**

- ♦ Contagio suicida (imitación)
- ♦ Disponibilidad de método
- ♦ Discriminación y Bullying (hostigamiento en los centros educativos)
- ♦ Institucionalización.
- ♦ Problemas con la ley y uso de armas de fuego
- ♦ Abandono o expulsión escolar
- ♦ Mal rendimiento.
- ♦ Trabajo infantil.
- ♦ Primeras horas luego de un arresto.



Ningún factor o combinación de factores de riesgo tienen una especificidad o sensibilidad suficiente para seleccionar pacientes que posteriormente van a intentar un acto suicida. Pero su evaluación facilita y orienta a tomar las mejores decisiones clínicas para el paciente, el tratamiento de base y la prevención de suicidio.

**Anexo 4: Factores Protectores**

Se destacan con el fin de evaluarlos y potenciarlos para ayudar a la prevención del intento de suicidio y el suicidio consumado y cotejarlos con los de riesgo para orientar las intervenciones terapéuticas y las acciones a seguir.

- **Ausencia de psicopatología psiquiátrica:** la mayoría tiene al menos un diagnóstico y en todas las series sólo una minoría no tiene ninguna patología psiquiátrica, por lo tanto el no presentar patología psiquiátrica resulta protector.
- **Bajos niveles de agresividad e impulsividad**
- **Mecanismos psicológicos eficientes en la resolución de conflictos**
- **Familias apoyadoras y contenedoras**

**Anexo 5:**

**PAUTA DE COTEJO**

ITEMS A EVALUAR	SI	NO	% Cumplimiento
1. Paciente con intento de suicidio evaluado según protocolo por Médico Tratante.			
2. Paciente con intento de suicidio evaluado por Psiquiatra interconsultor.			



## HOJA DE REGISTRO DE MODIFICACIONES

FECHA	CORRECCION	PUBLICADO	Nº DOCUMENTO
13 de Mayo 2011	Por equipo neuropsiquiatría infantojuvenil		

### BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA

- José Alda Díez, Sabel Gabaldón Fraile, capítulo 10 (páginas 137 a 153): Conducta suicida. Urgencias psiquiátricas en el niño y el adolescente. Editorial Masson 2006.
- Carlos Almonte, María Elena Montt, Capítulo 33 (páginas 507 a 521): Conducta suicida en la niñez y adolescencia. Psicopatología infantil y de la adolescencia. Editorial Mediterráneo
- Parámetros Prácticos para la Evaluación y Tratamiento de Niños y Adolescentes con Comportamiento Suicida D. Shaffer, C. Pfeffer|Revista de Psiquiatría del Uruguay |Volumen 65 N° 2 Octubre 2001|
- Rafael Vásquez R., Una urgencia singular: el intento de suicidio en niños y adolescentes. MD Neurobiología, extraído de internet con fecha 08/ 08/2010 del link: <http://www.psiquiatriabiologica.org.co/publicaciones/documentos/10-URGENCIA.pdf>
- Valdivia Mario. Adolescencia y conducta suicida, capítulo 19 (pág. 361 a 366) Adolescencia y conducta suicida. Psiquiatría del adolescente. Editorial Mediterráneo, 2006.
- Marcela Larraguibel Q.<sup>1</sup>, Patricia González M.<sup>1</sup>, Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes. Revista chilena de pediatría. Versión impresa ISSN 0370-4106, Rev. chil. pediatr. v.71 n.3 Santiago mayo 2000.
- Mario Valdivia, Daisy Ebner. Revista chilena de neuro-psiquiatría 2001; 39(3): 211-218 se encuentra en el link [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272001000300005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272001000300005&script=sci_arttext)
- Guía de prevención y detección de factores de conducta Programa Nacional de Salud Mental-Comisión Asesora Técnica Salud de la Población - DIGESA – MSP Montevideo, marzo de 2006.
- Suicidio en adolescentes: lo que el equipo de salud debe saber. Dra. Paz Robledo Hoecker médica Pediatra. Comité de Adolescencia, Sociedad Chilena de Pediatría



- Academia Americana de Psiquiatría Infantil y Adolescente. Parámetro prácticos para el evaluación y tratamiento de niños y adolescentes con conducta suicida. Washington (DC): Academia Americana de Psiquiatría Infantil y del Adolescente; 2000 17 de octubre. 55 p.
  - Parámetros prácticos para la evaluación y tratamiento de los niños y adolescentes con comportamiento suicida. Academia Americana de Psiquiatría Infantil y Adolescente. J. Acad.. Psiquiatría Infantil Adolesc. 2001 julio, 40 (7 Suppl): 24S-51S.
  - [http://portal.guiasalud.es/egpc/depresion\\_infancia/resumida/apartado07/suicidio05.htm](http://portal.guiasalud.es/egpc/depresion_infancia/resumida/apartado07/suicidio05.htm) l, Extraído el 15 de septiembre, 2010.
  - Fuente: American Foundation for Suicide Prevention (1999), Today's suicide attempter could be tomorrow's suicide (poster). New York: American Foundation for Suicide Prevention, Tratado de Pediatría Nelson, 17 edición en español, descargado de internet a través de Taringa, el 20 de Agosto del 2010.
  - Guía de práctica clínica sobre la Depresión Mayor en la infancia y adolescencia, España [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_456\\_depresion\\_inf\\_ado1\\_avaiiat\\_compl.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_456_depresion_inf_ado1_avaiiat_compl.pdf). Bajado de internet el 15 de
3. **ESTABLÉCESE**, el cumplimiento de la presente resolución a los establecimientos hospitalarios de la Red Asistencial, dependientes del Servicio de Salud Viña del Mar Quillota, disponiéndose la notificación formal a los respectivos Directores.

**ANÓTESE, REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y NOTIFIQUESE,**



**DRA. ELBA MARGARITA ESTEFAN SAGUA  
DIRECTORA  
S. S. VIÑA DEL MAR - QUILLOTA**

DRA. EMES/DR. FAB/DRA. RGD/RSM/ACP/acp

**DISTRIBUCION:**

- Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud.
- Directores de Hospitales Red Asistencial S.S.V.Q.
- Subdirección de Gestión Asistencial S.S.V.Q.
- Auditoría S.S.V.Q.
- Asesoría Jurídica S.S.V.Q.
- Of. de Partes S.S.V.Q.



*Handwritten signature*

**TRANSCRITO FIELMENTE  
MINISTRO DE FE  
S. S. VIÑA DEL MAR - QUILLOTA**