



<https://doi.org/10.18233/apm.v45i1S.2872>

## Propuesta de Protocolo de Atención para niñas, niños y adolescentes con intento de suicidio

### Proposal for a Care Protocol for children and adolescents with suicide attempts.

Abigail Casas Muñoz,<sup>1</sup> Ángel Eduardo Velasco Rojano,<sup>1</sup> Aarón Rodríguez Caballero,<sup>1</sup> Arturo Loredó Abdalá,<sup>1</sup> León Felipe Mendoza Vega,<sup>2</sup> Eduardo Cázarez Ramírez,<sup>2</sup> María Fernanda Rivera Valaguez<sup>3</sup>

#### Definición

El suicidio consumado es el acto de poner fin intencionalmente a la propia vida. Las conductas suicidas o pensamientos y conductas suicidas no fatales son: a) ideación suicida, pensamientos sobre quitarse la propia vida; b) plan de suicidio, con la elaboración de un método detallado para suicidarse y c) intento de suicidio, realizar una conducta autolesiva con intención de morir. La autolesión no suicida, se distingue de la conducta suicida porque la persona no intenta morir (p. ej. auto cortarse).<sup>1</sup>

#### Epidemiología

El suicidio se ha reconocido como un problema de salud pública en el mundo, con importantes repercusiones sociales y económicas.<sup>2,3</sup> Afecta sobre todo a la población joven y ambos sexos, con mayor frecuencia de suicidios consumados en hombres y mayor proporción de intentos de suicidio en mujeres.

Durante 2022 en México, fue la cuarta causa de muerte en la población de 15 a 29 años<sup>4</sup> y hubo un aumento en el pensamiento suicida y los intentos suicidas del 2020 al 2022 en la población adolescente.<sup>5</sup> Entre los principales factores de riesgo se encuentran un intento de suicidio previo y los problemas de salud mental.

<sup>1</sup> Centro de Estudios Avanzados sobre Violencia-Prevención (CEAVI-P), Instituto Nacional de Pediatría, Ciudad de México.

<sup>2</sup> Departamento de Urgencias, Instituto Nacional de Pediatría, Ciudad de México.

<sup>3</sup> Residente de primer año de Pediatría, Instituto Nacional de Pediatría, Ciudad de México.

**Recibido:** 22 de diciembre 2023

**Aceptado:** 11 de marzo 2024

#### Correspondencia

Ángel Eduardo Velasco Rojano  
eduardorojanova@gmail.com  
abycas.md@gmail.com

**Este artículo debe citarse como:** Casas-Muñoz A, Velasco-Rojano AE, Rodríguez-Caballero A, Loredó-Abdalá A, Mendoza-Vega LF, Cázarez-Ramírez E, Rivera-Valaguez MF. Proposal for a Care Protocol for children and adolescents with suicide attempts. Acta Pediatr Mex 2024; 45 (Supl 1): S100-S104.



Aproximadamente el 24% de las personas que consuman un suicidio han tenido contacto con algún servicio de Salud Mental en el año previo a su muerte. La cuarta parte de ellos comete suicidio en los tres meses siguientes al egreso hospitalario con predominio en la primera semana, aunque la mayor parte de los suicidios ocurre al siguiente día del egreso y el 28.4% de los decesos por suicidio recibió tratamiento antes de cometerlo.<sup>6</sup> La pandemia de COVID-19 parece haber promovido la aparición de síntomas internalizados (depresión y ansiedad) en la población adolescente, generando un incremento de solicitud de atención en los servicios de salud por conductas suicidas.<sup>7</sup>

## PRESENTACIÓN CLÍNICA

Los intentos de suicidio en niñas, niños y adolescentes no son explícitos en la mayoría de los casos, hasta 61% acude por problemas no identificados (sin evidencia de autolesiones o por síntomas somáticos).<sup>8</sup> Por lo que el personal de salud de primer contacto tendrá que sospechar esta problemática. En el **Cuadro 1** se enumeran los principales motivos de consulta en los que se debe sospechar.

## ABORDAJE INTEGRAL

La atención integral de las conductas suicidas en niñas, niños y adolescentes requiere la participación del personal de salud y sus familiares, es clave no dejar sola a la persona, restringir el acceso a medios de suicidio, valorar el nivel de riesgo y dar el seguimiento adecuado con un plan de seguridad al alta.<sup>9-12</sup> En la **Figura 1** se ejemplifican algunos riesgos físicos a los que puede estar expuesta una persona que ingresa al servicio de urgencias o es hospitalizado.

### Proceso de atención clínica

Para facilitar el abordaje integral en los servicios de salud de primer contacto se propone un

proceso de atención (**Figura 2**) para disminuir la variabilidad de la intervención entre los diferentes profesionales y apegado a lineamientos internacionales.<sup>13</sup>

El proceso inicia con el reporte de un intento abortado o interrumpido, o bien con la sospecha por el motivo de consulta, el primer paso consiste en determinar si la persona está médicamente estable, si no es así, debe estabilizar a la persona sin dejarla sola en ningún momento y en la medida de lo posible en un espacio seguro (**Figura 1**). Si viene agresiva o agitada se requerirá una interconsulta con salud mental. Posteriormente, hay que tamizar el nivel de riesgo suicida con el cuestionario ASQ (validado en adolescentes; se encuentra en proceso de validación por los autores para su uso en adolescentes mexicanos; **Cuadro 2**). Si responde No a todas las preguntas, se termina el tamizaje y se sigue con atención sistémica. En caso de que responda que Sí a alguna pregunta o se reúse a contestarla se debe hospitalizar al adolescente o referirlo a un lugar donde pueda ser hospitalizado y valorado por un servicio de salud mental.

### Suicidio e intento de suicidio en usuarios hospitalizados

El suicidio y el intento de suicidio en usuarios hospitalizados se considera un evento centinela, es decir, derivado de la atención sanitaria, se considera una alarma y obliga a la institución a dar respuesta inmediata. Se debe prestar especial atención a las condiciones del ambiente físico para reducir el acceso a los medios suicidas en las instituciones y vigilar a la persona en todo momento para evitar que existan otros intentos en un periodo de tiempo en el que la persona es vulnerable.<sup>14</sup>

### Plan de seguridad al alta

Es importante hacer recordar que la persona con conductas suicidas será especialmente vulnerable

**Cuadro 1.** Motivos de consulta para sospechar conductas suicidas en niñas, niños y adolescentes

<p><b>Por uso de medicamentos o sustancias</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Consumo de medicamentos (benzodicepinas, analgésicos, antidepresivos)</li> <li>-Consumo de sustancias (limpiadores, insecticidas, plaguicidas, combustibles, etc.)</li> <li>-Consumo de alcohol o sustancias</li> <li>-Sobredosis de medicamentos</li> <li>-Signos de envenenamiento o intoxicación</li> <li>-Tratamiento farmacológico antidepresivo</li> <li>-Cambios en la medicación o dosis de fármacos para padecimientos psiquiátricos</li> <li>-Desapego al tratamiento farmacológico crónico (p. ej. Diabetes, Insuficiencia Renal, etc.)</li> </ul>	<p><b>Por lesiones</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Accidentes vehiculares con participación directa del niño, niña o adolescente</li> <li>-Sangrado</li> <li>-Evidencia de una herida autoinfligida</li> <li>-Politraumatismos</li> <li>-Lesiones repetitivas o crónicas (p. ej. osteomielitis, alveolitis mandibular)</li> <li>-Quemaduras</li> <li>-Ahorcamientos</li> <li>-Caídas de altura</li> <li>-Lesiones por objetos punzocortantes o armas de fuego</li> <li>-Cortes en la piel</li> <li>-Golpes</li> <li>-Punciones</li> <li>-Arrancamientos de cabello o cejas</li> <li>-Combinación de lesiones</li> </ul>
<p><b>Por alteraciones del estado neurológico</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Somnolencia</li> <li>-Confusión</li> <li>-Disminución del estado de alerta</li> <li>-Pérdida del conocimiento</li> <li>-Letargo extremo</li> <li>-Excitación motriz</li> <li>-Agresividad</li> </ul>	<p><b>Por problemas de salud mental-</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Historia previa de intento suicida</li> <li>-Expresión manifiesta de planes autolesivos (planeación suicida)</li> <li>Ideaación de autolesión, muerte y/o suicidio (ideación suicida)</li> <li>-Signos de depresión</li> <li>-Desesperanza*</li> <li>-Síntomas psicóticos**</li> </ul>
<p><b>Por alteraciones del estado del ánimo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Desinterés generalizado</li> <li>-Tristeza</li> <li>-Aislamiento y dificultad severa para vincularse afectivamente</li> <li>-Afecto plano***</li> <li>-Poca cooperación con el personal de salud</li> <li>-Mala higiene personal</li> </ul>	<p><b>Por dolores o quejas inexplicables-</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Dolor crónico o de difícil control</li> <li>-Dolores inexplicables o no justificados</li> <li>Dolor de espalda</li> <li>-Malestares estomacales (dolor abdominal)</li> <li>-Náuseas y/o vómito</li> <li>-Cefalea,</li> </ul>
<p><b>Por preocupación manifiesta</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Preocupación del familiar o tutor</li> <li>-Intento suicida interrumpido o abortado (reportado por el mismo, paciente, el familiar o la persona que acompaña)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Sospecha del personal de salud</li> </ul>

\*Indica que ya no vale la pena vivir y que sus problemas no tienen solución.

\*\*Alucinaciones visuales o auditivas, catatonía, ideas delirantes.

\*\*\*No reacciona emocionalmente a nada.

durante una ventana de dos años después del intento y requerirá seguimiento frecuente y periódico para poder manejar el riesgo.<sup>13</sup> Para poder dar de alta a una persona con conductas suicidas es necesario elaborar un plan de seguridad con el que mitigará los riesgos. Los planes de seguridad incluyen seis elementos: 1) ubicar el teléfono de servicios de emergencias para momentos de crisis,

2) ubicar los principales servicios de atención para salud mental, 3) revisar en la medida de lo posible como hacer de su casa un espacio seguro, 4) ubicar personas que brinden apoyo emocional y para el cuidado de la salud, 5) identificar actividades que funcionen como distracciones positivas, 6) identificar lugares agradables y seguros para distracciones positivas.<sup>10,12</sup>

Hospitalización	Urgencias
Ambiente físico (factor más importante), falta de entrenamiento del personal, renuencia a imponer restricciones, vigilancia infrecuente (poco personal, sobrecarga de trabajo), egreso prematuro	Acceso a insumos médicos (tubo para oxígeno, bolsas, vendas, ropa de cama, cinturones, medicamentos), poca vigilancia, estigmas, falta personal capacitado, subestimar el riesgo de suicidio

Figura 1. Riesgos potenciales en las áreas.

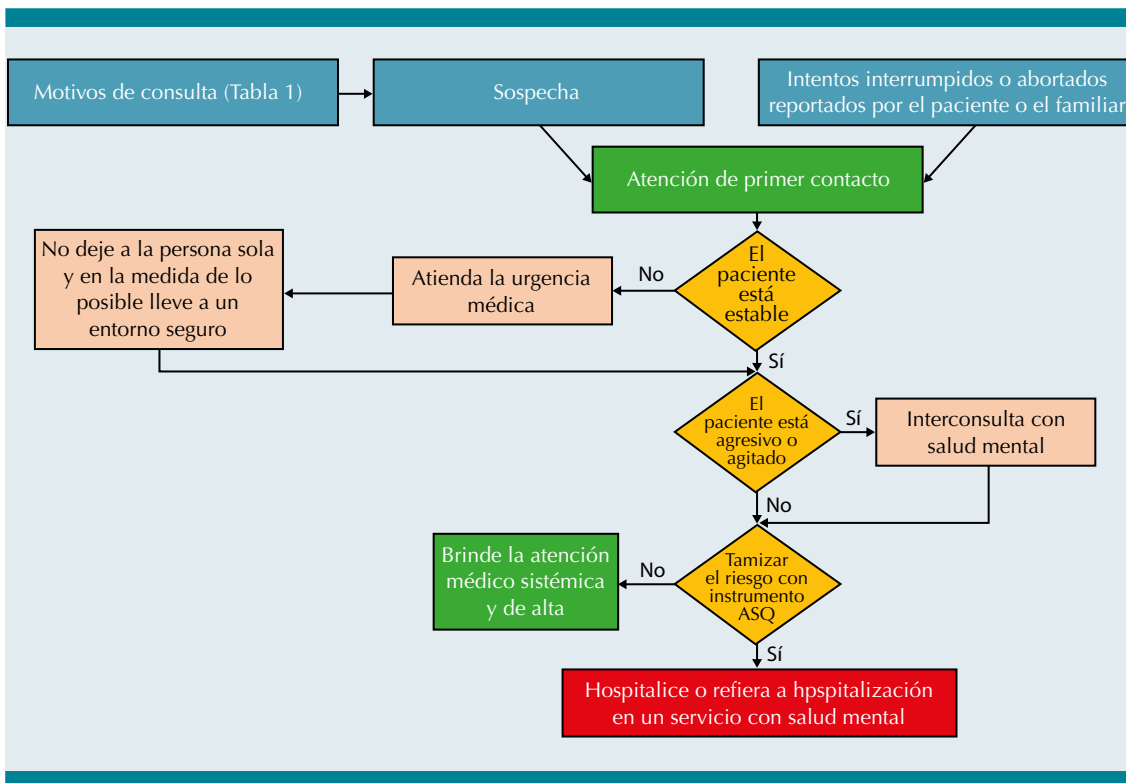


Figura 2. Propuesta de Protocolo de Atención para niñas, niños y adolescentes con intento de suicidio.

**Cuadro 2.** Cuestionario ASQ

## Preguntas de tamizaje

1. En las últimas semanas ¿has deseado estar muerto?
2. En las últimas semanas ¿ha pensado que tú o tu familia estarían mejor si estuvieras muerto?
3. En la última semana ¿has pensado en suicidarte?
4. ¿Una vez has intentado suicidarte?
5. ¿En este momento estás pensando en suicidarte?

Opciones de respuesta: Sí/No/No quiero contestar

**REFERENCIAS**

1. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S. Suicide and suicidal behavior. *Epidemiologic Reviews*. 2008;30(1):133–54.
2. WHO. Suicide. 2021.
3. Medina M, Velásquez AV, Ribero OJ, Trujillo N. Direct medical costs of suicide attempts by patients in Columbia's Antioquia Mental Hospital. *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health*. 2020;42:1–8.
4. INEGI. Comunicado De Prensa Núm. 503/22 Estadísticas a Propósito Del Día Mundial Para La Prevención Del Suicidio. 2022.
5. Shamah-Levy T, Romero-Martínez M, Barrientos-Gutiérrez T, Cuevas-Nasu L, Bautista-Arredondo S, Colchero MA, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Continua 2021. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2021 sobre Covid-19. Resultados nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2022. 324 p.
6. Juárez-Aranda SO. El suicidio como problema de salud mental. *Psiquis*. 2016;25(5):37–48.
7. Bera L, Souchon M, Ladsous A, Colin V, Lopez-Castroman J. Emotional and Behavioral Impact of the COVID-19 Epidemic in Adolescents. *Current Psychiatry Reports*. 2022;24(1):37–46.
8. Valdez-Santiago R, Villalobos-Hernández A, Arenas-Monreal L. Conducta suicida en México : análisis comparativo entre población adolescente y adulta. 2023;65:110–6.
9. Colegio Profesional de Psicología de Aragón, Teléfono de la Esperanza, Asociación de Periodistas de Aragón, Asociación Nacional de Informadores de la Salud. Guía informativa para la detección y prevención del suicidio [Internet]. 2019. Available from: <http://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=10803&L=0>
10. Servicios de Atención Psiquiátrica SAP, Institutos Nacionales de Salud Hospitales de Alta Especialidad, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Guía para la atención del paciente con conducta suicida en hospitales generales. Ciudad de México; 2020.
11. Organización Panamericana de la Salud. Vivir la vida. Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países. 1st ed. Vol. 1, Vivir la vida. Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países. Washington, D.C.: Pan American Health Organization; 2021. 1–147 p.
12. Rueda López F. Guía sobre la prevención del suicidio para personas con ideación suicida y familiares. Servicio Andaluz de Salud. 2010. Available from: <https://consaludmental.org/publicaciones/Guiaprevencionsuicidio.pdf>
13. World Health Organization. Mental Health Gap Action Programme, World Health Organization. mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings : mental health gap action programme (mhGAP). 164 p.
14. Olivera Cañadas G, Cañada Dorado A, Drake Canela M, Fernández-Martínez B, Ordóñez León G, Cimas Ballesteros M. Identificación de eventos centinela en atención primaria. *Revista de Calidad Asistencial*. 2017;32(5):269–77.