

IX Curso de actualización

Psiquiatría

2025



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA

Facultad de Medicina

Conducta suicida y autolesionismo en urgencias en niños, niñas y adolescentes

Cristóbal Restrepo Conde

Médico Psiquiatra - Universidad Pontificia Bolivariana,
Psiquiatra Infantil,
Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia



Definiciones clave sobre conducta suicida en niños y adolescentes:

- **Suicidio:** acto intencional de quitarse la vida.
- **Conducta suicida:** incluye ideación, planeación, intento suicida y suicidio consumado.
- **Ideación suicida:** El deseo, planeación o la amenaza de matarse.
- **Intento suicida:** autolesión voluntaria sin resultar en muerte, independiente de la letalidad del método.
- **Conductas autolesivas no suicidas:** daño deliberado sin intención de morir, con fines de regulación emocional (ej. *cutting*, arañarse, golpearse).

Factores de riesgo principales para conducta suicida

- **Trastorno depresivo mayor:** el trastorno mental más común; se asocia a cinco veces más riesgo de suicidio.
- **Intento previo de suicidio:** tres veces más riesgo de suicidio.
- **Autolesionismo no suicida:** predice y es factor de riesgo para otras conductas similares y también para suicidio.
- **Consumo de sustancias psicoactivas:** alteración de mecanismos de afrontamiento, es un puente entre depresión y suicidio.
- **Problemática familiar:** maltrato, abuso, negligencia, historia familiar de suicidio.
- **Factores escolares:** *bullying* (“*bullicide*”), bajo rendimiento académico.
- **Factores interpersonales:** pérdidas, rupturas, aislamiento.
- **Temperamento y desregulación emocional:** ira, irritabilidad, impulsividad.
- **Otros trastornos psiquiátricos asociados:** trastorno bipolar, trastorno del espectro autista, trastorno por déficit de atención con hiperactividad (alto riesgo, sobre todo si coexiste con depresión), trastornos de ansiedad y trastorno de personalidad límite.

Abordaje de la conducta suicida en niños y adolescentes en el servicio de urgencias

- **Interrogatorio:** varias instituciones usan tamizaje universal en ≥ 12 años. El tamizaje debe hacerse de forma confidencial, sin cuidadores presentes.

La confidencialidad es clave, pero tiene límites: debe romperse si hay riesgo vital, involucrando al cuidador cuando sea necesario.

- **Herramienta de detección de suicidio ASQ:** es el cuestionario más estudiado para tamizaje de riesgo suicida, validado en atención primaria y urgencias pediátricas. Consta de cuatro preguntas sí/no. Puede ser aplicado por médicos, enfermeros o personal de apoyo en triaje.

Temas para discutir con todos los adolescentes con ideación suicida:

para la valoración del riesgo suicida se recomienda explorar la ideación (duración y frecuencia diaria), la existencia de un plan (método, letalidad, grado de preparación y motivación), los intentos previos (número y métodos), el acceso a armas de fuego u otros medios letales, la presencia de trastornos psiquiátricos (diagnósticos, medicamentos y hospitalizaciones), el consumo de sustancias psicoactivas, y la existencia de notas suicidas o medidas adoptadas tras su hallazgo.

- **Evaluación física y mental:** se deben identificar alteraciones en los signos vitales que orienten a enfermedad orgánica o a un toxidrome, buscar signos de intentos de suicidio previos y de abuso físico y sexual, y realizar un examen del estado mental valorando el aspecto general, el habla, el afecto, el proceso y contenido del pensamiento, así como las percepciones, con el fin de detectar síntomas como delirios o alucinaciones.

- **Valoración inicial y paraclínicos:** incluir signos vitales, examen físico completo, Escala de Glasgow y estado neurológico, además de estudios complementarios como electrocardiograma (si intoxicación con cardiotóxicos) y oximetría y gases (si hay compromiso respiratorio). Se solicitan paraclínicos básicos: hemograma, electrolitos, función renal y hepática, glicemia para descartar complicaciones médicas o intoxicaciones asociadas. Se recomienda realizar prueba de embarazo en adolescentes. También se pueden ordenar exámenes toxicológicos según el caso: alcohol en sangre, prueba toxicológica en orina y nivel de litio o valproato; o exámenes adicionales según la clínica, como radiografías y tomografía de cráneo.

- **Plan de seguridad:** es una intervención breve y colaborativa que consiste en identificar señales de alerta, estrategias de afrontamiento, personas y lugares de apoyo,

contactos de confianza, recursos profesionales y medidas para limitar el acceso a medios letales. Puede aplicarse en urgencias o de forma ambulatoria, reduciendo el riesgo de intentos suicidas y mejorando la adherencia al tratamiento.

- **Tratamiento farmacológico, psicológico y neuromoduladores:** el tratamiento de cualquier trastorno mental subyacente es importante, ya sea con psicoterapia, psicofarmacología o una combinación de estas. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) siguen siendo el tratamiento farmacológico de primera línea para la depresión y la ansiedad. Los tratamientos neuromoduladores, como la terapia electroconvulsiva y la estimulación magnética transcraneal, si bien no son manejos indicados de primera línea, han demostrado ser prometedores para disminuir la conducta suicida en adolescentes.

- **Manejo ambulatorio (el paciente debe cumplir los siguientes criterios):** 1. No requiere tratamiento médico hospitalario. 2. No tiene antecedentes de intento de suicidio, trastorno psiquiátrico ni abuso de sustancias. 3. No tiene intenciones suicidas activas (sin intención ni plan de suicidio). 4. Hay un adulto en el hogar con quien mantiene una buena relación. 5. El adulto acepta y puede mantener una estrecha vigilancia del paciente hasta la cita programada de seguimiento ambulatorio. 6. Se programa un seguimiento para evaluación y tratamiento adicionales.

- **Algoritmo de manejo del menor de edad con riesgo suicida:** el manejo de un paciente con riesgo suicida inicia con la evaluación de la estabilidad médica. Si no está estable, se hospitaliza en un servicio pediátrico o médico con consulta psiquiátrica y acompañamiento constante, y luego se traslada a psiquiatría tras la estabilización. Si está estable, se evalúa el riesgo suicida y la presencia de trastornos psiquiátricos o intentos previos. Si el riesgo persiste, se indica hospitalización psiquiátrica involuntaria; si no hay cama disponible, el paciente se admite en un servicio médico con apoyo psiquiátrico y vigilancia. Si el riesgo es bajo, se analiza la posibilidad de manejo ambulatorio, si estos criterios (mencionados previamente) no se cumplen, el paciente debe ingresar a hospitalización psiquiátrica involuntaria; si se cumplen, se da alta con seguimiento urgente en salud mental.

Abordaje de las conductas autolesivas no suicidas en el servicio de urgencias

1. Evaluación inicial:

- Estabilización médica inmediata si hay lesiones graves.
- Confirmar si la autolesión fue no suicida:
 - ¿El paciente niega intención de morir?
 - ¿La conducta se realizó con otro propósito (alivio emocional, castigo, regulación afectiva, etc.)?

2. Evaluar estado mental y factores de riesgo:

- Trastornos psiquiátricos (depresión, ansiedad, etc.).
- Historia de trauma, abuso o negligencia.
- Frecuencia y método de las autolesiones.

3. ¿Hay riesgo suicida actual o intenciones ambiguas?

- **Sí:**
 - Abordar como **riesgo suicida** (seguir algoritmo anterior).
 - Considerar hospitalización según la gravedad.
- **No:**
 - Continuar con **manejo ambulatorio** si es seguro.

4. ¿La familia/cuidador está disponible y capacitado para supervisión?

- **No:**
 - Considerar hospitalización breve para observación y estabilización.
- **Sí:**
 - Proporcionar psicoeducación.
 - Establecer plan de seguridad en el hogar:
 - Retiro/seguro de objetos cortopunzantes, medicamentos, etc.
 - Supervisión cercana por adulto responsable.

5. Alta desde urgencias si:

- No hay riesgo suicida.
- Paciente y familia comprenden la situación.
- Plan de seguimiento confirmado.
- Se entregan pautas de alarma y plan de seguridad.

Bibliografía

1. Agudelo F, Casas G. Conducta suicida en niños y adolescentes. En: Ortiz, JD; editor. Psiquiatría infantil. 2 ed. Medellín. Corporación para Investigaciones Biológicas (CIB); 2022.
2. Hua LL, Lee J, Rahmandar MH, et al.; 1 American Academy of Pediatrics, Committee on Adolescence. Suicide and Suicide Risk in Adolescents. Pediatrics. 2024;153(1).

Psiquiatría

2025



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA

Facultad de Medicina

3. Kennedy SP, Baraff LJ, Suddath RL, Asarnow JR. Emergency department management of suicidal adolescents. *Annals of Emergency Medicine*. 2004;43(4):452-60.
4. American Academy of Pediatrics (AAP). Suicidal Ideation and Behavior: Screening and Assessment in Pediatric Primary Care. *Pediatrics*. 2022; 149(5): e2021056084.