

## **CONDUCTA SUICIDA EN ADOLESCENTES, ¿UNA NUEVA PANDEMIA? Jornada de APOP, 11 de junio de 2022.**

M. Rosario Pérez Moreno.

Médico especialista en Psiquiatría de la infancia y adolescencia. Instituto de Psiquiatría y Salud Mental. Unidad de niños y adolescentes. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

### **Introducción.**

Comenzaré como introducción con un breve repaso de la evolución de la asistencia a la salud mental de niños y adolescentes en concreto en la Comunidad de Madrid y mi presentación va a estar enfocada en las observaciones clínicas y reflexiones sobre lo que nos encontramos en la práctica habitual los psiquiatras infantiles “de trinchera” en un ámbito hospitalario, sobre todo en los últimos tiempos y en especial en lo relativo a las conductas suicidas.

Mi trayectoria como Psiquiatra infantil es ya de unos 20 años y en este tiempo se ha producido un desarrollo importante en esta área de la salud mental. Cierto es que hace 20 años apenas contábamos con recursos destinados a niños y adolescentes y había unas necesidades asistenciales que no estaban cubiertas.

En el año 2000-2001 empezaron en Madrid a funcionar las dos primeras Unidades de Hospitalización psiquiátrica, Hospital Gregorio Marañón y Niño Jesús (de pacientes psiquiátricos agudos menores de edad) y la tendencia de los equipos de salud mental ambulatorios era que los profesionales que atendieran niños y adolescentes estuvieran dedicados específicamente a ese grupo de edad.

Es verdad que ha ido habiendo un incremento paulatino en la demanda de atención en salud mental infantil desde los años 2000, pero partíamos de una insuficiente atención a esta problemática, que posiblemente se abordaba solo de una forma parcial, por ejemplo, en el ámbito educativo o el ámbito de servicios sociales, o directamente los trastornos clínicos no eran detectados. Esto podría explicar en parte el aumento progresivo de población infantojuvenil atendida en salud mental a lo largo de estos años, es decir, que ahora se detecta más y contamos con más recursos para atenderla. Aunque también puede haber otras causas, como el aumento de prevalencia de algunas patologías, en concreto de Trastornos del neurodesarrollo, como es el caso, por ejemplo, de los trastornos del espectro del autismo.

Recientemente el aumento de demanda de atención y patologías de salud mental está siendo aún más llamativo. En los Servicios de Urgencias antes era anecdótico que acudiera un adolescente para valoración psiquiátrica urgente, pero desde hace unos años, y más claramente después del Covid, la atención a

menores de edad en Urgencias se ha disparado y se ha convertido en algo habitual, llegando muchas veces a quedar varios adolescentes en la sala de Urgencias en espera de cama para ingreso psiquiátrico, por el colapso de las Unidades de hospitalización en Madrid.

Esto ocurre a pesar de la ampliación de camas y unidades de ingreso en estos últimos 4 años: en el hospital Puerta de Hierro; 12 de Octubre y en 2022 se ha abierto una pequeña unidad de 6 camas en el Hospital Clínico, el pasado mes de mayo, que es donde actualmente realizo mi actividad asistencial.

Todo este incremento de problemas de salud mental en niños se está notando en los últimos 2 años en todos los ámbitos, pediatras de atención Primaria, médicos de familia, pediatras de Urgencias hospitalarias y profesionales de salud mental, por lo que mucho se está hablando de la repercusión de la pandemia Covid-19.

### **¿Cuáles son los efectos de la pandemia Covid-19?**

Quizá no podemos saber todavía todas las consecuencias para la salud mental en todos los grupos de edad y sobre todo las consecuencias a largo plazo, pero sí sabemos que en 2020 la pandemia y las consiguientes medidas de prevención de contagio, han traído consigo un aumento de *factores de riesgo* para trastornos de salud mental en los jóvenes.

El confinamiento domiciliario; el aislamiento social; la pérdida de rutinas; el incremento de uso de tecnologías de la información y comunicación; los duelos complicados en las familias; el temor a la enfermedad; el cambio en la modalidad educativa teniendo las clases online total o parcialmente durante mucho tiempo; las dificultades de acceso a servicios sanitarios o servicios sociales lo que ha dejado parcialmente sin atención a pacientes de salud mental o problemáticas sociales, como por ejemplo situaciones de abuso o violencia intrafamiliar, son algunos de los factores que han contribuido a este impacto de la pandemia en la salud mental de adolescentes <sup>1 2</sup>.

En estos momentos estamos viendo las *consecuencias a corto plazo*, como son el aumento de cuadros de ansiedad, depresión, trastornos de alimentación y el aumento de conductas suicidas en adolescentes.

En concreto las conductas suicidas se han incrementado, según algunos estudios, hasta un 195% en mujeres adolescentes durante los meses postpandemia, comparándolo con los meses prepandemia. Estas diferencias no se han encontrado en el sexo masculino, habiendo diferencias epidemiológicas entre sexos ya previamente <sup>3</sup>.

Mi mirada ante este panorama es, por un lado, con horror, al ver la gravedad de psicopatología, y por otro lado, confieso que con curiosidad, por tratar de entender estos fenómenos y el desafío que supone abordarlos para la recuperación de los pacientes.

### **Conductas suicidas.**

### *Definición.*

El concepto de 'acto suicida' fue introducido en 1969 por la Organización Mundial de la Salud y define éste como “todo hecho por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, cualquiera que sea el grado de intención letal y de conocimiento del verdadero móvil.

De la experiencia en la planta de hospitalización y en el Servicio de Urgencias del Hospital Clínico, observamos que el riesgo suicida o de autolesión es el principal motivo de ingreso de adolescentes en la planta de Psiquiatría.

A continuación, paso a describir observaciones clínicas y reflexiones en relación a estos comportamientos y a la psicopatología adolescente grave, teniendo en cuenta también factores sociales y familiares.

### *Presentaciones clínicas de las conductas suicidas:*

*Conductas autolesivas no suicidas.* Normalmente consisten en cortes autoinflingidos con cuchillas, pero también arañazos o golpes contra la pared. Las motivaciones o significaciones psicológicas son diversas: calmar el dolor mental, autorregulación emocional, forma de expresión y comunicación del malestar, para “poder llorar”, otras veces asociadas a ideas de muerte o de “acabar”. Lejos de estar exentas de gravedad, suelen ser conductas de repetición y además son un factor de riesgo para los intentos suicidas propiamente dichos.

*Intentos suicidas.* Las sobreingestas de pastillas es lo más frecuente, con distinto nivel de gravedad: a veces consisten en ingesta de poca cantidad tras desencadenantes claros con petición de ayuda posterior; pero a veces graves, con altas dosis de fármacos con especial toxicidad, como el paracetamol, o con otro tipo de métodos, como intentos de estrangulamiento, sin desencadenantes claros, ni petición de ayuda ni alertar al entorno. No siempre hay una asociación entre letalidad del método y el deseo de muerte. Encontramos intentos muy graves como petición de socorro o movilizar al entorno, pero en el contexto de una gran vulnerabilidad de las bases narcisistas y graves problemas de identidad.

*Conductas suicidas y sexo femenino.* Como hemos comentado, hay una clara predominancia de estos comportamientos en mujeres y apenas hay varones candidatos a hospitalización. Por limitaciones de recursos e imposibilidad de compartir habitación la planta en que yo trabajo se convierte en planta de mujeres.

En algún caso la sobreingesta medicamentosa de la adolescente ha sido en paralelo con una sobreingesta de la madre.

Ya ha habido controversia y problemas de manejo ante el ingreso de un varón por parte de un adjunto de guardia, que consideró que era una cuestión ética hacer dicho ingreso, aunque compartiera baño con las adolescentes (en la habitación estaba solo, pero no está completamente aislada de la de las mujeres). Alegaba una tendencia social a tratar médicamente a las mujeres y encarcelar a los varones.

*Psicopatología subyacente:*

Estados de depresión u otros trastornos del ánimo, ansiedad, trastornos de alimentación, trastorno de estrés postraumático. Son muy frecuentes las experiencias traumáticas en las jóvenes con estas conductas. A veces son agresiones sexuales, pero también negligencia o maltrato intrafamiliar. Las presentaciones clínicas son graves, con síntomas disociativos y estados de agitación y con comorbilidades psiquiátricas graves.

*La actitud ante el síntoma: ocultamiento, revelación o incluso exhibición.*

Muchas veces hay un ocultamiento de estas ideas suicidas o conductas autolesivas, de tal forma que cuando son percibidas por la familia llevan ocurriendo mucho tiempo. Pero a veces, mientras se oculta a la familia, se comunica fuera de ella, en el centro escolar, bien a profesores o bien a amigos, o incluso se difunde de una forma más generalizada a través de redes sociales.

Respecto a las conductas de mostrar o exhibir los síntomas, lo cierto es que hoy en día tener problemas de salud mental ya no es un tabú. Los medios han abordado con frecuencia estos temas en los últimos tiempos para normalizarlos, de tal forma que el estigma asociado tradicionalmente a los problemas de salud mental empieza a desaparecer, por lo menos en algunos tipos de problemática. Las dificultades y rarezas pasan a ser ahora genialidades. No solo no está mal visto, sino que entre los adolescentes incluso el hacerlo público en redes sociales, puede tener un efecto reforzador narcisista. Difundir según qué imágenes puede contribuir a un lugar de popularidad y notoriedad, tan importante en la adolescencia. Esto les servirá como falso escudo protector ante esta etapa de tanta fragilidad, que llega a ser extrema en algunos casos.

Así, en redes sociales pueden escribir sobre sus propias ideas suicidas o incluso difundir fotos de las autolesiones. Y hay un público en el que esta información tendrá un efecto.

Por poner un ejemplo, una paciente grave, de 16 años, que tenía crisis conversivas y disociativas quedó unos días en el hospital para estudio y al parecer se había rapado la cabeza en una de esas crisis. Presentaba también ideas suicidas y gran ansiedad que le había obligado a abandonar los estudios. Después de la anamnesis y la exploración, quedó de manifiesto que la crisis en que se había rapado la cabeza era de muy dudoso origen disociativo, sino más bien facticio. Pues bien, el estar rapada le permitió hacer un vídeo en el que se mostraba quitándose una peluca que parecía su propio pelo, con lo cual impactaba bastante y ese vídeo se hizo viral en una red social, hasta el punto que llegó a tener beneficios económicos por la gran cantidad de visualizaciones y “likes” que recibió.

Para los profesionales, el dilema de la filiación de determinadas conductas, es decir, si es auténtico o es facticio-impostado, es una de las problemáticas que nos encontramos en la clínica en los procesos diagnósticos y después, en las intervenciones terapéuticas.

### *Particularidades de la etapa adolescente.*

En esta etapa, en la que se da de manera natural una crisis de identidad y es tan fundamental el papel del grupo de iguales, a veces se incorporan estos comportamientos autolesivos en la construcción de esa identidad, además de influir otros factores, como esa necesidad de pertenencia al grupo. Estas características pueden ser factores facilitadores de la presentación de estas conductas o incluso de un efecto de contagio. El proceso de duelo habitual también en la adolescencia predispone a tendencias depresivas y dificultades para elaborar otras pérdidas <sup>4</sup>.

### *El impacto de la excesiva medicalización.*

En nuestra experiencia estamos viendo que hay hospitalizaciones prolongadas en las que las pacientes pasan meses entre ingreso e ingreso fuera de su entorno habitual. Esto supone una privación de los factores ambientales de protección: la escuela, los amigos, la familia, tan necesarios para el neurodesarrollo en esta etapa. Además, la búsqueda de soluciones en un entorno hospitalario no permite desarrollar recursos del propio adolescente para afrontar sus conflictos ni de la familia para contener, apoyar o trabajar los cambios destinados a una recuperación. Por lo tanto, el impacto de las hospitalizaciones prolongadas en esta etapa es mayor y hay una iatrogenia importante asociada.

### *Las familias.*

En pacientes con comportamientos suicidas muchas veces hay psicopatología subyacente, pero también muchas veces parece el emergente de una problemática en el grupo familiar. Nos encontramos con familias con desestructuración, monoparentales, historias de duelos no resueltos o psicopatología en progenitores. Pero también padres separados con aparente ausencia de conflicto, flexibilidad en régimen de visitas y que se vuelven a reunir, incluso aglutinar, con motivo de la enfermedad.

Respecto a la relación de las familias con el sistema sanitario, vemos que buscan seguridad en el hospital, no temen la separación de los hijos incluso a veces la necesitan. Su disponibilidad es limitada. A veces retornan los pacientes antes de lo previsto en las salidas terapéuticas sin justificación clínica.

En cuanto a los estilos educativos muchas veces son inconsistentes, mostrando a veces oscilaciones entre la permisividad y/o sobreprotección y el autoritarismo, que en muchos casos puede llegar a maltrato. También es muy llamativa la dificultad para poner límites de forma clara y firme.

### *Abordaje en Urgencias.*

En la atención en Urgencias de las conductas suicidas se realizará la evaluación y entrevista para conocer la historia y factores de riesgo, explorar la psicopatología y un posible diagnóstico subyacente, valorar el entorno familiar y poder tomar decisiones para garantizar la seguridad del paciente. La urgencia psiquiátrica es en definitiva la “**urgencia de escuchar**” <sup>4</sup>, a veces tan difícil en

otros momentos con los escasos tiempos disponibles tanto por parte de las familias como de los profesionales sanitarios.

El riesgo permanente de nuevos intentos supone un estrés moral para los profesionales.

#### *Estrategias de prevención.*

Dentro de la red pública de salud mental existe un programa específico en la CAM que se llama ARSUIC, que implica que todo acto suicida valorado en Urgencias y dado de alta debe ser atendido en una consulta de salud mental en el plazo máximo de una semana <sup>5</sup>. La fragilidad de la Atención Primaria con escasez de médicos de familia pone en riesgo un correcto sistema preventivo, colapsando las urgencias y también mayor sobrecarga en Servicios de Salud Mental.

Recientemente se ha habilitado el 024 como línea de atención a la conducta suicida del Ministerio de Sanidad.

En los centros escolares están trabajando a veces de forma coordinada con dispositivos del Ayuntamiento de Madrid para poner en práctica protocolos de actuación ante conductas suicidas en los alumnos de Secundaria y Bachillerato.

Respecto a los medios de comunicación, el Ministerio de Sanidad ha publicado unas recomendaciones para el tratamiento de noticias sobre suicidio en los medios, basadas en gran parte en las directrices de la OMS, que son por un lado recomendaciones negativas y, por otro, positivas. Entre las recomendaciones negativas incluye: no tratar la muerte por suicidio de forma sensacionalista, no usar la palabra “suicidio” en el titular ni concretar el método ni el lugar, prudencia con las imágenes, no publicar notas suicidas, no presentar la muerte por suicidio como algo normal, como consecuencia de razones simplistas o como solución a los problemas. Como recomendaciones positivas están: referirse al suicidio como un hecho, no como un logro, resaltar las alternativas al suicidio, proporcionar información sobre recursos comunitarios y líneas de ayuda, aportar información sobre factores protectores, factores de riesgo y signos de alarma; transmitir la posible asociación entre la depresión y otros trastornos mentales tratables y la conducta suicida, entre otras <sup>6</sup>.

#### **Conclusiones.**

A pesar de la ampliación de recursos y dispositivos terapéuticos, la demanda de problemas de salud mental en adolescentes desborda a los servicios sanitarios, sobre todo después de la pandemia. Las ideas y conductas suicidas son los principales motivos de ingreso hospitalario. Los factores sociales y familiares se deben incluir en las intervenciones. De cara al futuro parece necesario ampliar medidas de prevención diseñando estrategias con la colaboración de distintas instituciones relacionadas con la infancia y adolescencia.

#### **Bibliografía**

1. Green, P. Risks to children and young people during covid-19 pandemic. *BMJ* **369**, m1669 (2020).
2. Guessoum SB, Lachal J, Radjack R, Carretier E, Minassian S, Benoit L, Moro MR. Adolescent psychiatric disorders during the COVID-19 pandemic and lockdown. *Psychiatry Res.* **291**, 113264. (2020).
3. Gracia, R. *et al.* Is the COVID-19 pandemic a risk factor for suicide attempts in adolescent girls? *J. Affect. Disord.* **292**, 139–141 (2021).
4. Marcelli D, Braconnier A. *Psicopatología del adolescente.* (Masson S. A., 2005).
5. Jiménez-Sola, Eduardo; Martínez-Alés, Gonzalo; Román-Mazuecos, Eva; Sánchez-Castro, Pilar; Dios-Perrino, Consuelo de; Rodríguez-Vega, Beatriz; Bravo-Ortiz, M Fe. Implementación de un programa de prevención del riesgo de suicidio en la Comunidad Autónoma de Madrid. La experiencia ARSUIC. *Actas Esp Psiquiatr* **47 (6)**, 229–235 (2019).
6. Ministerio de Sanidad. Gobierno de España. Recomendaciones para el tratamiento del suicidio por los medios de comunicación. Manual de apoyo para sus profesionales.