

SUICIDIO EN LA ADOLESCENCIA

Autores:

Dra. Ana María Alle M.P.Nº 16.648/6

Esp. en Psiquiatría M.E.Nº 7831

Esp. en Psiquiatría Infanto Juvenil M.E.Nº 12354

Experta en Violencia y Abuso Sexual Infantojuvenil M.E.Nº 264

Dr. Ricardo Castro Bourdichon M.P.Nº 12.759/9

Esp. en Psiquiatría M.E.Nº 3887

Esp. en Psiquiatría Infanto Juvenil M.E.Nº 12400

Una de las situaciones difíciles que enfrenta el médico es la de asistir a quien no quiere vivir. Cuando lo común es que la gente consulte porque tiene miedo a la muerte o a la enfermedad, mucho impacta, si además quien rechaza la vida es un niño, o un adolescente.

Es imprescindible partir de una breve y sintética revisión descriptiva de la problemática:

Un estudio, publicado en 2019 realizado por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia sobre el Suicidio en la adolescencia. Situación en la Argentina fue desarrollado durante los años 2017 y 2018 . El mismo, de tipo descriptivo y exploratorio empleó métodos cuantitativos y cualitativos y refiere:

En la Argentina, los suicidios constituyen la segunda causa de muerte en la franja de 10 a 19 años (MSAL,2016). En el grupo de 15 a 19 años, la mortalidad es más elevada, alcanzando una tasa de 12,7 suicidios cada 100.000 habitantes, siendo la tasa en los varones 18,2 y en las mujeres 5,9 (MSAL, 2016). Desde principios de la década de 1990 hasta la actualidad la mortalidad por suicidio en adolescentes se triplicó considerando el conjunto del país (MSAL, 2016) .En términos de magnitud, el fenómeno se presenta con mayor frecuencia en los varones y en aquellos que han alcanzado menor nivel educativo. Se observan importantes diferencias por sexo en la mortalidad por suicidio entre adolescentes de 10 a19 años en el período 2014-2016. Mientras los varones presentan una tasa de mortalidad por suicidio de más de 8 cada 100.000 adolescentes, en el caso de las mujeres la tasa llega a 3,32 muertes cada 100.000 adolescentes".

En la población del total del país los varones tienen aproximadamente 3 veces más chances de morir por suicidio que las mujeres (en términos estadísticos razón de probabilidades, odds ratio (OR= 2,7). Resulta interesante observar que se encuentran importantes diferencias jurisdiccionales en esta brecha entre los sexos en el período 2014-2016. El caso de la provincia de Córdoba es llamativo por la magnitud de la diferencia (OR= 11,7), aunque hay que considerar que esta provincia tiene en general bajas tasas de suicidio adolescente en comparación con el promedio nacional.

Las tasas de suicidio de los varones y de las mujeres entre los años 1990 y 2016 muestran que la mortalidad tuvo un importante aumento en el período de la crisis del 2001 (Basile, 2015);en el período 2008-2010 aparece en términos relativos un pequeño descenso en relación con el período anterior y un incremento para el último período del que se disponía de datos (2014-2016). Cuando se analiza la tendencia a más largo plazo (comparación del período 1990 con el período 2016) se observa un importante incremento de este tipo de mortalidad.

Los datos disponibles en los certificados de defunción solo permiten analizar el nivel de educación. En esos datos se observan mayores tasas de suicidio entre las y los adolescentes con menores niveles de educación.

El análisis de las instituciones vinculadas con la prevención y la atención del suicidio adolescente reveló que en todas ellas existen falencias, ya sea por falta de capacitación de los actores involucrados en relación con el tema o por insuficiencia de los recursos disponibles.

Las políticas preventivas y de adecuada asistencia de los intentos de suicidio requieren la capacitación continua de los recursos humanos de diferentes instituciones (escuelas, servicios de salud, servicios de protección, fuerzas de seguridad, actores comunitarios).

Los principales cuellos de botella identificados con respecto a la asistencia fueron la *insuficiencia de recursos humanos capacitados y la falta de redes institucionales que puedan dar respuestas integradas en situaciones críticas* atravesadas los adolescentes

En relación con los registros que den pie a estimaciones estadísticas más confiables, el principal institucional que interviene en los procedimientos de registro, las diferentes lógicas empleadas, los diferentes objetivos en relación a la construcción del dato y la falta de conciencia epidemiológica verificada en algunos profesionales de la salud, que mostraron resistencias a dejar constancia como tales de los casos de suicidio adolescente o de tentativas de suicidio (3)

Pueden presentarse:

- Casos con **gran ansiedad** (Ansiedad Generalizada, Crisis de Pánico) acompañada de insomnio, **consumo de sustancias adictivas** (alcohol, cocaína y otras) y **severa pérdida de sensaciones placenteras**, se correlacionan de manera significativa con pacientes que atentaron contra su vida dentro del primer año de tener esa sintomatología.
- Casos con historia de **intentos de suicidio previos**, acompañados de una **ideación suicida permanente y manifiesta desesperanza**, correlacionan con la concreción del acto suicida entre el segundo y el décimo año de presentar dicha sintomatología..

El concepto de Conducta suicida, incluye a todo aquel acto que realizado por un individuo de forma voluntaria pretende (de manera real o al menos aparente) acabar con su propia vida. La conducta suicida es una conducta o un acto y debe distinguirse de la ideación suicida que consiste en tener la idea o pensamiento de suicidarse, a veces imaginando un plan o método concreto para realizarlo; en muchos casos puede existir sin llegar nunca a la realización de un acto suicida. Del mismo modo pueden realizarse actos suicidas de manera muy impulsiva sin apenas ideación suicida previa (5).

A su vez los intentos de suicidio pueden clasificarse de mayor a menor gravedad en:

Suicidio frustrado: o intento de suicidio muy grave que casi ocasiona la muerte del individuo

Intento de suicidio: (en sentido estricto) de gravedad moderada, pero sin que llegue a estar comprometida la vida.

Parasuicidio: intento de suicidio leve, sin una clara finalidad suicida y que ocasiona lesiones físicas banales (5). Se puede incluir aquí la *Amenaza suicida*, expresión de la intención, sin pasar al acto, con el propósito más o menos conciente de obtener un beneficio, como protesta, venganza u oposición, imaginando o esperando provocar una respuesta en los demás. **Es muy riesgoso creer que lo que se anuncia no será concretado. Es importante remarcar que el Plan suicida es un proyecto concreto, que incluye: cómo, cuándo y dónde realizarlo; es un elemento de enorme peligrosidad (2).**

Las **Conductas autodestructivas** son equivalentes suicidas, son formas de dejarse morir activa o pasivamente e incluyen las:

-Tendencias suicidas: Actos violentos reiterados y sistemáticos, que colocan al adolescente en situaciones de riesgo como accidentes de moto, automóvil, etcétera, delitos que pueden terminar en homicidio, traumatofilia, mutilaciones, etcétera. Algunos *embarazos en adolescentes* pertenecen a esta categoría.

-Suicidio crónico: Descuido autodestructivo, lento pero continuado de la propia persona que puede observarse en adolescentes que consumen drogas en forma adictiva (alcohol, tabaco, psicofármacos en combinación con alcohol, marihuana, cocaína, LSD, pegamentos, anfetaminas, alucinógenos sintéticos, etcétera). Trastornos de la alimentación como la Anorexia Bulimia. Afecciones producidas o agravadas por el descuido de propio cuerpo: Enfermedades de transmisión sexual, Sida, Diabetes, Afecciones Psicosomáticas como asma, obesidad, etcétera (2).

La Ideación suicida se refiere a pensamientos acerca de la voluntad de quitarse la vida expresada en ideas tales como “no querer seguir viviendo”. Estas expresiones pueden o no contener la planificación del suicidio, que se refiere a cómo, cuándo y dónde llevar a cabo la conducta de autodestrucción. (Serfaty, 1998).

Clasificación De Ideaciones Suicidas:

- Leve: sólo ganas de morir
- Moderada: ganas de morir con esbozo de planificación
- Grave: decisión de morir, con planificación exhaustiva para su concreción (6).

Nieto E. y Vieta E. refieren que el método de suicidio está claramente influido por factores biológicos, sociodemográficos (violento en varones, no violento en mujeres), culturales y geográficos de disponibilidad (arma de fuego en EE.UU.) Los autores señalan que el factor que más condiciona el método de suicidio escogido en su área geográfica (España) dentro subgrupo de intentos no letales pero de gravedad importante, es el del Diagnóstico Psiquiátrico. Así los pacientes esquizofrénicos positivos, realizan preferentemente intentos violentos, especialmente por precipitación. Por el contrario los pacientes afectivos, realizan independientemente del sexo, preferentemente intentos no violentos especialmente medicamentosos. Estudios de seguimiento de pacientes afectivos, señalan que los pacientes bipolares tienen un riesgo de suicidio muy elevado (15 a 13 veces) comparado con el de la población en general. El riesgo de suicidio para estos pacientes se produce fundamentalmente en las **fases depresivas** siendo probablemente más elevado cuando se pasa de una fase de hipomanía o manía a una fase depresiva sin período de eutimia intermedio(5)

- **Intencionalidad Suicida.** Es difícil de valorar con absoluta objetividad ya que los pacientes no siempre dicen la verdad y además, en ocasiones por falta de información del suicida, una intencionalidad elevada puede ocasionar una gravedad médica escasa, o al contrario. (Escala de Beck et al.)
- **Grado de Impulsividad/Premeditación.** Mientras que los intentos de suicidio más planificados normalmente se acompañan de ideación suicida previa de días de duración y se asocian más a los estados depresivos, los intentos impulsivos sin apenas ideación suicida previa tienen que ver más con rasgos de personalidad permanentes asociados a situaciones conflictivas
- **Posibilidad de Rescate.** Este concepto es muy importante y generalmente es poco tenido en cuenta. En general cuanto menor sea la posibilidad de rescate, mayor es la intencionalidad suicida (Escala de Weisman y Borden-1972) (5).

EVALUACIÓN DE LA IDEACIÓN SUICIDA:

- | | |
|-----------------------|---|
| <input type="radio"/> | Determinar la urgencia de los pensamientos suicidas actuales. |
| <input type="radio"/> | Grado en que el paciente formula y lleva a cabo planes definidos . |
| <input type="radio"/> | La disponibilidad de medios para lograr el suicidio. |
| <input type="radio"/> | La letalidad del método . |
| <input type="radio"/> | La urgencia del impulso . |
| <input type="radio"/> | La presencia de síntomas psicóticos . |
| <input type="radio"/> | Los antecedentes de ideación y tentativas de suicidio . |
| <input type="radio"/> | La historia familiar de tentativas de suicidio. |
| <input type="radio"/> | Consumo de sustancias actual o pasado . |

El riesgo de suicidio debe valorarse según un continuum que oscila entre: 1- Deseos Recurrentes de estar muerto.

2- Sentimientos de que los demás estarían mejor si uno muriera. (“sentimientos pasivos de suicidio”). 3- Formulación de planes de suicidio, y

4- Conductas suicidas manifiestas (2).

ADVERTENCIAS.

Los más fuertes e inquietantes pueden ser los verbales: "no puedo seguir adelante", "ya nada me importa", o incluso "estoy pensando en acabar con todo".

- Estado de depresión y abandono.
- Comportamiento temerario,
- Poner en orden sus asuntos,
- Un cambio radical en el comportamiento, actitud o apariencia.
- Abuso de drogas o alcohol,
- Sufrir una pérdida importante o cambio de vida.
- Sensación de incapacidad e inutilidad
- Ideas de muerte
- Fatiga o pérdida de energía (sobre todo matinal)
- Quejas somáticas, agitación psicomotriz, agresividad, apatía, tristeza, aburrimiento, falta de concentración, bajo rendimiento escolar, fobia escolar, trastornos de la eliminación (enuresis o encopresis), trastornos del sueño (insomnio o hipersomnia) astenia, abulia, adinamia, irritabilidad, no alcanzan el peso para su edad cronológica falta o aumento del apetito, hipersexualidad, indecisión, ideas obsesivas, ideas recurrentes de muerte, trastornos de conducta en la escuela y en la relación con sus pares
- Conducta desafiante conducta negativista desafiante, antisocial, agresividad, robos, adicción al alcohol o drogas, deseos de irse de la casa, sentimientos de no ser aceptado, Malhumor, irritabilidad, no cooperar con la familia, recluirse en la habitación, falta de aseo personal, retraimiento social con hipersensibilidad, trastornos del estado de ánimo, anhedonia, (desinterés por cosas que antes le atraían).

DETERMINANTES DE LA PRIORIDAD DE ACTUACIÓN EN CRISIS-URGENCIAS

En todas las situaciones de crisis y procesos depresivos ha de afrontarse la situación clínica y familiar, con objeto de poder jerarquizar y priorizar las ayudas, teniendo en cuenta los siguientes tres parámetros:

1. **Intensidad de la crisis (leve, moderada, intensa):** Determinar el desequilibrio entre individuo-medio relacional.
2. **Grado de angustia:** Cuantificar la intensidad del miedo, inquietud e incertidumbre que origina el acontecimiento en el medio relacional.
3. **Nivel de peligro:** Valorar el riesgo de integridad física del individuo y del medio de relación.

Es indudablemente muy diferente el abordaje de un intento de suicidio, si se cuenta con una estructura adecuada y equipos cuyos integrantes, dedicados al área de la salud mental, tengan conocimientos especializados desde cada disciplina interviniente, así como en particular, en la problemática de suicidio en esta etapa evolutiva (3).

Es imprescindible atender esta necesidad, en las distintas disciplinas dedicadas a la asistencia en salud mental. Es indispensable en esta problemática, en particular la presencia de médicos psiquiatras/ psiquiatras infantojuveniles. Los psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros y otros, requieren asimismo capacitación especial. En estos casos el abordaje psicofarmacológico es encarado por el psiquiatra y el psicoterapéutico individual y familiar, por el psiquiatra o el psicólogo con formación y experiencia en dicha práctica; los aspectos socio familiares son encarados por un trabajador social. La interacción con el ámbito judicial en caso de necesidad, involucra a todos los intervinientes que sean requeridos por aspectos legales. Es fundamental el trabajo intradisciplinario (entre distintos especialistas médicos) e interdisciplinario entre las diversas disciplinas.

LAS DSH-AUTOLESIONES DELIBERADAS. Motivo de consulta y abordaje

En los últimos años es notable el aumento de consultas, o la detección casual, de las llamadas DSH en pacientes entre 12 y 15 años de ambos sexos, así como la influencia que ejercen las redes sociales como estímulo a dichas actuaciones (juegos, desafíos etc.) según la experiencia desarrollada en la Ciudad de Córdoba Argentina, en el Programa PAICA¹. La Lic. en Psicología Daniela Verónica Martínez refiere hallazgos en investigaciones y descripciones al respecto en pacientes adultos: Las autolesiones sin clara decisión de suicidio, son llamados también Parasuicidios o Conductas Parasuicidas, aunque en esta denominación quedarían también incluidas las sobredosis de sustancias (no así las adicciones crónicas). Las Autolesiones Deliberadas (DSH), constituyen una de las formas de Comportamientos Autodestructivos Indirectos; son definidas como alteraciones o destrucciones directas y deliberadas del cuerpo sin

intención suicida conciente. La acción de cortarse parece tener significados especiales para muchas de las personas que se autolesionan. Cuando la persona experimenta odio, depresión, frustración, rechazo, abandono y tensión, la idea del corte en el cuerpo puede advenir y asociada a ella, la idea de consuelo. Los cortes surgen entonces en determinados momentos, como un único modo de sostenerse ligado a la vida. Las autolesiones son modos morbosos de autoayuda, es la búsqueda de liberación de ciertos pensamientos o sensaciones, no con el fin de terminar con la propia vida, sino como la única forma hallada para poder continuar con ella. Se trataría así de una modalidad restrictiva de existencia, donde la propia experiencia de vivir se vuelve obstaculizante. En tanto uso fallido del cuerpo, las lesiones pueden llegar hasta el daño permanente o el fin de la propia existencia, poniendo en riesgo la continuidad de la vida (3).

Esto plantea un conflicto en la consulta de urgencia, pues a veces ocurre, que luego de la misma el paciente es derivado a tratamiento ambulatorio sin medidas especiales, y puede reiterar actos con connotación de mayor gravedad (intoxicación con psicofármacos, intento de tirarse bajo un auto en marcha u otros). Por esto debemos alertar, que, aunque los actos pueden no tener consciente relación con la idea suicida, no debemos intervenir sin considerar que la situación de vida del paciente en el momento de su asistencia, podría ser un disparador que, unido a la falta de respuesta adecuada desencadene conductas autodestructivas de mayor gravedad, incluida la muerte. Es necesario estar alerta, para que la consulta, no se transforme en una oportunidad perdida de intervención adecuada.

Muchas veces estos casos no cumplen requisitos de protocolos para internación psiquiátrica infantojuvenil, por este motivo es aconsejable reconsiderar esta problemática y acordar protocolos especiales que aseguren un diagnóstico en un tiempo a establecer, que puede ser acotado, que permita por un lado una mayor aproximación al cuadro psicopatológico individual, al tipo de disfunción familiar y al riesgo autodestructivo; por el otro lado, que el paciente y su grupo familiar, tengan un plan asistencial terapéutico definido y con tiempos acordados para su implementación. Una posibilidad podría ser la de internaciones clínicas o psiquiátricas que permitan intervenir a equipos que puedan asumir tratamientos de complejidad, tanto individuales como familiares y acciones sociales y legales según la necesidad.

Factores de riesgo de conducta autolesiva en la adolescencia (De protocolos Internacionales)

¹ PAICA Programa de Asistencia Integral en Consumo de Sustancias y Abuso Sexual- que funciona en el Hospital de Niños de la Santísima Trinidad. Depende del Departamento de Salud Ambiental del Ministerio de Salud – Prov. de Córdoba Argentina.

1. **Capacidad de solución de problemas:** si ésta es deficiente existe mayor riesgo de conductas autolesivas (Sadowski and Kelly, 1993).
2. **Impulsividad:** la mayoría de conductas autolesivas tienen un alto componente impulsivo (Hawton et al. 1982).
3. **Desesperanza:** síntoma relacionado directamente con ideación y comportamiento suicida (Garrison et al. 1991)
4. **Ira y hostilidad:** diversos estudios han mostrado que estas dos características aparecen con más frecuencia en adolescentes que se autolesionan (Simonds, McMahon and Armstrong. 1991)
5. **Trastornos depresivos:** directamente relacionados con conductas autolesivas. 60% de adolescentes que realizan una ingesta tóxica padecen un trastorno depresivo (Kerfoot et al. 1996)
6. **Abuso de sustancias:** el consumo de alcohol se relaciona directamente con la posibilidad de autolesionarse (Kerfoot et al. 1988)
7. **Trastorno de conducta:** adolescentes que se autolesionan muestran mayor tasa de trastornos de conducta y comportamiento antisocial (Kerfoot et al. 1988).
8. El **50%** de los adolescentes que se autolesionan viven sólo con uno de sus padres (Hollis 1996).
9. Los **problemas de convivencia** entre los padres están claramente asociados con intentos de suicidio en adolescentes (Hollis 1996)
10. La **falta de calidez** en las relaciones familiares y los problemas específicos de relación entre adolescentes menores de 16 años y sus madres han mostrado ser factores importantes en aquellos que realizan un intento de suicidio.
11. Un estudio llevado a cabo por Philips en 1974 mostró que cuanto **más publicidad** se le dé a un caso de suicidio, más serán los casos de suicidio en el período posterior al primero.
12. La publicación en diversos **periódicos** de un caso de suicidio está directamente relacionada con el aumento de estos actos en el periodo posterior a la publicación (Hawton y Williams, 2001).
13. La **emisión de una serie de televisión** basada en un caso de suicidio ("Muerte de un estudiante") en EEUU en 1983 se relacionó directamente con el incremento en el número de jóvenes que intentaban cometer suicidio por primera vez tras la visualización de la misma.
14. Martin (1996) investigó la influencia que la **emisión de programas** de televisión tenía en adolescentes de 14 años sanos, y obtuvo los siguientes resultados: realizaban más conductas de riesgo, era más probable que consumieran drogas, puntuaban más alto en las escalas de depresión y cometían mayor número de conductas autolesivas.

APROXIMACIÓN A LA URGENCIA

A) CON EL PACIENTE

Evitar

- Tener o demostrar miedo.
- Perder la calma.
- Precipitarse hacia un tratamiento.
- Presiones del paciente.
- Confrontaciones con el enfermo.
- Promesas que no pueden cumplirse.
- Sujetar al enfermo.

Hacer

- Mostrarse seguro.
- Exhibir calma y moderación. -Darse a conocer como médico.
- Explicar intenciones.
- Hablar suavemente, utilizar frases cortas.
- Observación y expectación.
- Exploración física breve en busca de signos tóxicos.
- Dar medicación de urgencia.

B) CON LA FAMILIA

Evitar

- Tener o demostrar miedo. Perder la calma.
- Confrontaciones con el familiar. Presiones de familiares.
- Apresurarse hacia un diagnóstico.
- Dar muchas explicaciones.
- Actuaciones precipitadas.

Hacer

- Observación y expectación del entorno familiar.
- Escoger un interlocutor (esposo/a, padres, hermanos).
- Tener control de la situación. o Demostrar interés por el caso. o Mostrarse seguro.
- Preguntas sencillas y escuetas sobre el enfermo.

Existen en nuestra profesión médica cada vez mayor número de dificultades médico-legales como consecuencia de insuficiencias, ausencias o inadecuación en el manejo de los tres juicios clínicos (diagnóstico, tratamiento y pronóstico). Por ello se ha pensado en la conveniencia de recordar cuáles son los **problemas de tipo médico-legal** que, se presentan en nuestro medio y que se refieren a continuación.

1. Insuficiencia, ausencia de diagnóstico-tratamiento adecuado.

2. Falta de observancia de leyes o códigos, especialmente:

- *Derechos del paciente: información, privación de libertad, seguridad,...*
- *Imprudencia profesional: omisión del deber de socorro, certificaciones falsas o carentes del debido rigor, daños o perjuicios provocados por actos u omisiones propios o de subordinados.*

3. En circunstancias especiales-urgentes:

- *Error diagnóstico-tratamiento por rapidez de las acciones.*
- *Falta de colaboración de pacientes-familias.*
- *Elevado riesgo de suicidio o de heteroagresiones.*

SE SUGIERE TENER MUY PRESENTES LAS SIGUIENTES RECOMENDACIONES:

1. Aplicación escrupulosa de los procedimientos médicos diagnósticos y terapéuticos:
 - a) Adecuación del diagnóstico y tratamiento al criterio de ciencia actual.

- b) No existe obligación de resultados.
- 2. Historia clínica escrita, fechada y firmada.
 - a) Con todos los actos médicos recomendados e informados al paciente y familia.
 - b) Con justificación en caso de ser extraordinarios.
- 3. Obtención escrita de consentimientos informados.
 - a) Para diagnóstico, tratamiento, traslado y hospitalización.
 - b) En casos urgentes:
 - o Obtener consentimiento de la familia.
 - o Notificación inmediata al juez de guardia.
- 4. Adecuada supervisión de las actuaciones del personal sanitario. (**RESPONSABILIDAD ESPECIAL DE DIRECTORES O JEFES DE SERVICIO**).

Una reflexión sobre las preguntas

“Es posible que “preguntar mucho” sea una de las primeras reglas de una técnica psicoterapéutica eficiente”.

Preguntar abre la posibilidad de aumentar la información disponible pero también es algo más: es transmitir un modelo mental, una actitud investigadora sobre los fenómenos humanos. Un modelo que deseamos que el paciente incorpore como un procedimiento general que va más allá del contenido de sus respuestas. Es el deseo de que adquiera la curiosidad, el sentimiento de complejidad y la desconfianza ante lo fácilmente evidente en lo que atañe a las relaciones humanas.

Es un modelo totalmente diferente de aquel en el que el médico prácticamente sólo habla para “informar” al paciente de lo que éste no sabe.

Al preguntar, el terapeuta transmite un gran respeto por los matices singulares de la experiencia del paciente. Plantea una relación en la que el terapeuta intenta no apoyarse en clisés y generalizaciones sobre el paciente sino en los detalles más idiosincrásicos de su subjetividad.

Esta actitud de preguntar activamente, en los adolescentes especialmente es de mucha importancia, lo suelen vivenciar como interés del médico en atravesar las barreras que ellos ponen para defenderse..

¿Son neutrales las preguntas?

Las preguntas, como cualquier otro comentario, podrían contener connotaciones acusadoras o exculpativas. Es bueno que el paciente reciba nuestras preguntas como una invitación para explorar sin sentirse enjuiciado. Es imprescindible, la vivencia de **aceptación**, que no debe confundirse con aprobación. En síntesis el médico debe intentar que su paciente vivencie una experiencia humana que pueda rescatarlo del dolor y la impotencia y permitirle la esperanza de poder vivir de otra forma, con menos sufrimiento y/o más felicidad.

Todos los médicos deberían tener conocimientos básicos de técnicas de entrevistas, sus beneficios, riesgos, límites. Esto es diferente del proceso de psicoterapia. ***Es fundamental tener presente que en los casos en que no se pueda acceder a asistencia de especialistas experimentados en la práctica de psicoterapia, el médico clínico, de familia o pediatra interviniente según la edad del paciente, tendrá que apelar a los aspectos terapéuticos que brinda el escuchar y aconsejar, en tanto logre establecer una relación de confianza. En esa situación se debe informar e indicar la derivación profesional pertinente, aunque ello sea difícil de implementar.***

MEDICACIÓN

Si existe un bajo estado de ánimo o una falta de interés muy destacados y ausencia de organicidad, ha de estudiarse la posibilidad de administrar medicación antidepresiva por lo menos durante seis meses, o más tiempo, tal como indica la Organización Mundial de la Salud, si se presentara alguno de los siguientes síntomas:

- Astenia o pérdida de energía. Culpabilidad o autorreproches.
- Ideas suicidas o de muerte.
- Agitación o enlentecimiento de movimientos o del habla.
- Dificultades del sueño. Falta de concentración.
- Trastornos del apetito.

¿Qué no hacer?

Los errores más frecuentes en el abordaje de los pacientes que presentan síndromes ansioso-depresivos son:

- Optar por la inhibición terapéutica ante las dificultades para alcanzar un diagnóstico o bien por falta de seguridad en cómo abordar estos cuadros. Estas dificultades, cuando existan, deben inclinarnos a solicitar la ayuda del psiquiatra, pero no justifican una actitud de inhibición terapéutica en ningún caso.
- Tratar con el mismo esquema terapéutico todos los cuadros clínicos que asocian ansiedad y depresión.
- Emplear ansiolíticos benzodiacepínicos en monoterapia como sustitutos de los fármacos antidepresivos cuando exista un estado depresivo claro.
- Limitarse al empleo de psicofármacos y prescindir de otras técnicas necesarias en muchos pacientes. **La psicoterapia es siempre necesaria.** Algunas formas de abordaje verbal en la consulta, parecen sencillas, y son empleadas por el médico general habitualmente, aunque por lo común, dado el escaso valor que se suele dar en la formación del médico a la relación médico-paciente suele no considerarse como útil terapéuticamente esta experiencia de encuentro y comunicación. Lo que se denomina psicoterapia propiamente, requiere conocimientos específicos y experiencia y requieren de profesionales de salud mental entrenados
- Desentenderse de la presencia de sintomatología puramente psíquica en el tratamiento y seguimiento de pacientes con patología orgánica grave y poner todo el énfasis en el tratamiento del cuadro orgánico. La realidad es que su evolución estará íntimamente ligada al devenir de la patología psíquica asociada.
- No indicar el tratamiento de pacientes por considerar "lógicos" sus síntomas cuando aparecen tras sucesos vitales importantes. Que los síntomas sean "comprensibles" no significa que no necesiten, al menos, apoyo. La conveniencia del tratamiento no viene determinada por la presencia o no de factores desencadenantes del trastorno.

En relación a publicaciones sobre psicofármacos, SABER QUE existe una laguna legal en este campo de la investigación de psicofármacos (sobre todo de los nuevos productos del mercado) en la infancia y la adolescencia. Éticamente hay que considerar los siguientes aspectos: no basarse en aportaciones no contrastadas de forma suficiente, huir de informes anecdóticos y demasiado basados en experiencias personales, en otros casos hay que investigar si se debe a situaciones de presión del mercado o a la existencia de algún tipo de incentivos para el psicofármacos de una eficacia razonable en la edad adulta.

BIBLIOGRAFÍA

1. AJURIAGERRA, J.: Manual de Psiquiatría Infantil. Barcelona: Toray-Masson, 1975.
2. BASILE H. 2005.El suicidio de los adolescentes en la Argentina. ALCMEON 47 Año XV - Vol.12 Nro. 3; pp.211-231 <http://www.alcmeon.com.ar/>
alcmeon@gmail.com. ISSN 03273954 ISSN 1514-9862 (Internet)

3. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.2019. El suicidio en la adolescencia. Situación en la Argentina. Buenos Aires, Argentina: UNICEF
4. MARTINEZ Daniela V. 2014. Autolesiones deliberadas. Entre la restricción y el alivio. VERTEX Rev. Arg. de Psiquiat.Vol. XXV pp: 213-219
5. NIETO E. VIETA E. **1997. La conducta suicida en los trastornos bipolares, en “Los Trastornos Bipolares” de C. Gastó y E. Vieta**, Barcelona: Springer-Verlag.
6. ROBLEDO HOECKER Paz. 2007. Suicidio en adolescentes: lo que el equipo de salud debe saber. Rev.peru.pediatr. 60 (1) 2007 61
7. RUTTER, M.: De los hallazgos en la investigación a la práctica clínica. Madrid: Publicaciones Científicas Juste-Fundación Castilla del Pino, 1996.
8. VASEN Juan. La atención que no se presta. El mal llamado “ADD”. Noveduc .2009.
9. WORLD PSYCHIATRIC ASSOCIATION: Declaración de Madrid. J.J. López-Ibor (Coord.). Madrid, 1997.