

Los retos de la atención hospitalaria a adolescentes en crisis suicida***Os desafios no cuidado hospitalar ao adolescente em crise suicida******Challenges in hospital care for adolescents in suicidal crisis*** Tainá Silva Rodrigues¹,  Ana Marla Moreira Lima²,  Vilma Valéria Dias Couto³**Recibido:** 10/02/2025 **Aprobado:** 18/03/2025 **Publicado:** 07/06/2025**Resumen:**

Objetivo: relatar el caso de un adolescente hospitalizado debido a un grave intento de suicidio y los retos de la atención psicológica. **Método:** relato de un caso, de diseño descriptivo, carácter narrativo y reflexivo, a partir de la práctica de una residente multiprofesional con formación en psicología. Se analizaron los registros de las consultas en el historial del paciente correspondientes al segundo trimestre de 2023 y se discutieron a partir de la bibliografía sobre el tema. **Resultados:** se realizaron 60 consultas entre la familia y el paciente, de 11 años, hospitalizado durante tres meses tras prenderse fuego. Los retos en la atención y la actuación de la psicología se estructuraron en cuatro categorías: *Evaluación de la intencionalidad y la motivación del acto; Dolor físico frente a dolor psíquico; Evaluación del riesgo de suicidio; y Alta hospitalaria y coordinación con la red de salud*. **Conclusión:** el adolescente en crisis suicida requiere cuidados complejos. Es necesario atender a los familiares para acogerlo, orientarlo y recabar información para comprender el caso y planificar los cuidados. Es imprescindible la coordinación con la Red de Atención Psicosocial para el alta responsable y la formación de los profesionales para atender las especificidades del suicidio en la adolescencia.

Palabras clave: Adolescente; Intento de suicidio; Salud mental.

Resumo:

Objetivo: relatar o caso de um adolescente hospitalizado devido a grave tentativa de suicídio e os desafios do atendimento psicológico. **Método:** relato de caso, de delineamento descritivo, caráter narrativo e reflexivo, a partir da prática de uma residente multiprofissional com formação em psicologia. Os registros dos atendimentos no prontuário do paciente foram analisados considerando o segundo trimestre de 2023, e discutidos com base na produção sobre o tema. **Resultados:** foram realizados 60 atendimentos entre família e paciente, que tinha 11 anos, hospitalizado por três meses, após ter ateado fogo ao próprio corpo. Os desafios no cuidado e atuação da psicologia foram estruturados em quatro categorias: *Avaliação da intencionalidade e da motivação do ato; Dor física x dor psíquica; Avaliação de risco de suicídio; e Alta hospitalar e articulação com a rede de saúde*. **Conclusão:** o adolescente em crise suicida demanda cuidados complexos. É necessário atender os familiares para acolher, orientar e coletar informações para entender o caso e planejar o cuidado. A articulação com a Rede de Atenção Psicossocial para a alta responsável e a capacitação dos profissionais para atender às especificidades do suicídio na adolescência são imprescindíveis.

Palavras-chave: Adolescente; Tentativa de suicídio; Saúde mental.

Abstract:

Objective: to report the case of an adolescent hospitalized due to a serious suicide attempt and the challenges of psychological care. **Methods:** case report, with a descriptive design, narrative and reflective character, based on the practice of a multidisciplinary resident with a degree in psychology. The records of care in the patient's medical records were analyzed considering the second quarter of 2023, and discussed based on the production on the subject. **Results:** 60 consultations were carried out between the family and the patient, who was 11 years old, hospitalized for three months, after setting himself on fire. The challenges in the care and performance of psychology were structured into four categories: *Assessment of the intentionality and motivation of the act; Physical pain vs. psychological pain; Assessment of suicide risk; and Hospital discharge and articulation with the health network*. **Conclusion:** the adolescent in suicidal crisis requires complex care. It is necessary to assist the family members to welcome, guide and collect information to understand the case and plan care. The coordination with the Psychosocial Care Network for responsible discharge and the training of professionals to address the specificities of suicide in adolescence are essential.

Keywords: Adolescent; Suicide, Attempted; Mental health.

Autor Correspondiente: Tainá Silva Rodrigues – t-ina55@hotmail.com

1. Psicóloga. Uberaba/MG, Brasil

2. Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba/MG, Brasil

3. Departamento de Psicología de la Universidad Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba/MG, Brasil

INTRODUCCIÓN

El suicidio es un importante problema de salud pública, un fenómeno complejo y con múltiples causas, con repercusiones individuales y colectivas, que puede afectar a personas de diferentes edades. En Brasil, entre 2010 y 2021, el suicidio fue la undécima causa de muerte entre niños y adolescentes de 5 a 14 años, y la tercera entre adolescentes de 15 a 19 años¹. Se observa, por lo tanto, un aumento del riesgo de suicidio a lo largo de la adolescencia.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia comprende el período comprendido entre los 10 y los 19 años, y se divide en preadolescencia (10 a 14 años) y adolescencia (15 a 19 años). Es una fase del desarrollo humano que implica diversos cambios físicos, psicológicos y sociales que pueden generar factores estresantes del desarrollo². Las situaciones de estrés agudo pueden contribuir a que las actitudes impulsivas aparezcan con mayor frecuencia, lo que favorece el aumento de los pensamientos y comportamientos suicidas³.

El comportamiento suicida abarca la ideación, la planificación y el intento de autolesión. La ideación suicida incluye pensamientos sobre quitarse la vida o sobre estar muerto. La planificación es cuando se construye un plan para llevar a cabo el suicidio. El intento de suicidio (IS) es cualquier acto suicida no mortal. El suicidio es un acto intencional, iniciado y concluido por alguien que desea provocar su propia muerte eligiendo un método que considera letal. Es un fenómeno multifactorial en el que hay que tener en cuenta, además de los factores biopsicosociales, la dimensión histórica, socioambiental, cultural y económica del sujeto⁴.

En el Sistema de Información sobre Mortalidad (SIM) de Brasil, entre los años 2012 y 2021, se registraron el 6,90 % de las muertes en el grupo de edad de 15 a 19 años y el 3,41 % en el grupo de 10 a 14 años como consecuencia de lesiones autoinfligidas voluntariamente¹. Las cifras reales del comportamiento suicida están subestimadas. La subnotificación implica la dificultad de distinguir los suicidios de los accidentes y el registro incorrecto, ya sea por negación de la familia o por una descripción vaga del suceso⁴.

Los medios elegidos son predominantemente la intoxicación exógena (67,1 %), seguida de objetos cortantes (17,9 %) y ahorcamiento (6,6 %). Entre los hombres, las tasas de suicidio son más elevadas y los medios utilizados son potencialmente más letales, como el ahorcamiento y las armas de fuego. Entre las mujeres, se registran más notificaciones por lesiones autoinfligidas¹.

Después del IS, normalmente se deriva al adolescente a algún servicio de urgencias y emergencias. En estos lugares se atienden las necesidades clínicas/quirúrgicas y se acoge la

demandas emocionales. También se debe realizar una evaluación del riesgo de suicidio, acción que orientará la definición del derivamiento más adecuado para la atención del caso⁵. La atención del psicólogo es fundamental cuando se trata de un paciente que ha intentado suicidarse. Este profesional puede actuar en la Unidad de Atención de Urgencias (UPA), el Servicio de Urgencias (SU), la Unidad de Terapia Intensiva (UTI), la enfermería general, entre otros lugares.

En el contexto hospitalario, el psicólogo debe evaluar y realizar un seguimiento de las complicaciones psicológicas de los pacientes ingresados en cuanto al riesgo de IS y estar atento a la necesidad de solicitar al equipo médico responsable una evaluación psiquiátrica. En general, la actuación del psicólogo consiste en acoger, escuchar, atender, orientar y derivar a los servicios de la red de salud mental. La atención del psicólogo se extiende también a la familia, especialmente cuando se trata de un paciente en estado grave, sin condiciones para un primer contacto⁶.

Aunque los adolescentes con comportamiento suicida suelen ser atendidos en unidades de urgencias y una parte de ellos es derivada a un hospital general, hay pocas publicaciones que aborden la gestión de la atención de estos casos⁷, especialmente cuando el intento se produce a una edad temprana.

La relevancia de este estudio se justifica por la comprensión de la singularidad del acto suicida, teniendo en cuenta la edad en la que se produce el intento y la elección de un método de suicidio más letal y menos frecuente entre los adolescentes. El objetivo de este trabajo es relatar el caso de un adolescente hospitalizado por un grave intento de suicidio y los retos que plantea la atención psicológica.

MÉTODO

Relato de un caso, de carácter descriptivo, narrativo y reflexivo, fruto de la práctica de una psicóloga residente en un Programa de Residencia Multiprofesional en Salud de una universidad pública. Para este estudio, se recopiló información procedente de los registros de las consultas psicológicas y multiprofesionales contenidos en el historial del paciente durante su ingreso en un hospital universitario de Minas Gerais. La información obtenida se analizó y organizó en categorías y se discutió basándose en publicaciones sobre el tema.

Las consultas psicológicas fueron realizadas por la residente bajo la supervisión de una psicóloga tutora e incluyeron las siguientes actividades: entrevistas y consultas psicológicas utilizando recursos lúdicos y comunicación verbal; escucha activa y acogedora con el fin de obtener información, acoger las angustias y favorecer la expresión; evaluación continua del riesgo de suicidio y del estado mental/emocional; acogida, entrevista y orientación a los

familiares acompañantes; comunicaciones con el equipo sanitario; y ejecución de conductas orientadas al alta responsable.

Las consultas se realizaron entre abril de 2023 y julio de 2023. La información se trató de forma que no se identificara al paciente, manteniendo el secreto y la confidencialidad. Al tratarse de un relato de un caso, se obtuvo el consentimiento del participante y de su responsable, mediante la firma de un Término de Consentimiento Libre e Informado (TCLI) por parte del responsable, acompañado de la firma de un Término de Consentimiento del Adolescente (TCLI).

También fue necesario obtener la autorización por escrito de los responsables de los sectores del hospital en el que se realizó la investigación. El presente informe de caso fue evaluado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidade Federal do Triângulo Mineiro/MG/Brasil y aprobado con el dictamen n.º 7.357.615 y CAAE 85649124.1.0000.8667.

RESULTADOS

Procedente de un municipio del interior de Minas Gerais, el paciente de 11 años ingresó en el Servicio de Urgencias Pediátricas (PSI) con quemaduras graves y sospecha de intento de suicidio, tras prenderse fuego con una sustancia inflamable. Fue ingresado en estado grave, con anasarca, edema labial importante, somnolencia, pero consciente y respirando aire ambiente. La superficie corporal quemada (SCQ) era del 27,1 % y presentaba vías aéreas quemadas. Tras ser intubado orotraquealmente (IOT) con ventilación mecánica, fue trasladado a la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP). Permaneció intubado durante veintiún días y, tres días después de la extubación, se solicitó una evaluación psicológica.

Se realizaron 60 consultas psicológicas, inicialmente con la familia y luego con los adolescentes, tras la evolución de su estado de conciencia. Durante gran parte de las consultas, el paciente se encontraba inconsciente y la intervención psicológica se llevó a cabo con el familiar que lo acompañaba en ese momento, siempre en una cama de aislamiento. En el seguimiento psicológico durante su hospitalización, se observó un estado de conciencia obnubilado importante debido a la sedoanalgesia necesaria para el tratamiento médico.

La familia informó que el adolescente estaba jugando como de costumbre en el patio de su casa cuando oyeron sus gritos y se dieron cuenta de que se había prendido fuego. En un primer momento, la familia y el equipo sanitario no pudieron determinar si el acto fue accidental o intencionado, debido a la dificultad para comunicarse con el paciente y a la información ambigua que surgía sobre el caso.

El núcleo familiar del paciente estaba compuesto por su madre, viuda, y sus siete hermanos. Su padre había fallecido hacía unos dos años y era de edad avanzada, existiendo una diferencia de edad significativa entre los progenitores. Durante las consultas con los familiares, se informó que el paciente había iniciado un tratamiento psiquiátrico antes de su ingreso en el hospital como consecuencia del proceso de duelo por la muerte de su padre, tras presentar crisis de llanto, dificultad para respirar, dolor en el pecho, humor irritable y hallucinaciones visuales y auditivas con contenidos relacionados con la figura de su progenitor.

Además, presentaba comportamientos autolesivos, como permitir que los gatos domésticos le arañaran y dificultar la cicatrización de las heridas; cambios de comportamiento cuando se le contradecía, como palabras agresivas y tendencia al aislamiento hasta que se calmaba; y un aumento significativo de la ingesta de alimentos, con aumento de peso. Asistía con regularidad a la escuela y ya había informado, en más de una ocasión, de situaciones de conflicto con sus compañeros, con presencia de agresiones verbales y físicas. Se observó un cambio de comportamiento en la escuela, con conductas clasificadas como «distraído» y «para llamar la atención». Se solicitó atención psicológica antes del ingreso, pero, hasta la fecha del IS, la atención no se había materializado.

La atención al paciente se prestó en función de diversas variables propias del contexto hospitalario, entre ellas la realización de procedimientos de otras categorías profesionales en el momento de la visita; el estado de conciencia del paciente; su disponibilidad objetiva y subjetiva para la atención psicológica; la ocurrencia de interrupciones en la atención debido a la necesidad de cuidados de salud orgánicos, entre otras condiciones que interfirieron en la cantidad y calidad de las consultas psicológicas.

Cuando estaba despierto y dispuesto, el adolescente describió la relación con su progenitor como impregnada de sentimientos de cuidado, cariño, complicidad, alegría y consideración, expresando lo determinante que fue la muerte de esta figura afectiva de referencia para su intenso sufrimiento psíquico. Relató sueños que había tenido y que eran agradables, en los que a veces veía la figura de su padre.

De forma espontánea, relató que, tras la muerte de su padre, presentó diversos comportamientos de riesgo, con intención suicida, entre los que se encontraban: saltar desde lugares elevados, lanzarse delante de vehículos en movimiento, autolesionarse con intención suicida con objetos cortantes y, posteriormente, prender fuego intencionadamente a su propio cuerpo utilizando sustancias inflamables. También expresó contenidos que se interpretaron simbólicamente como referidos al sufrimiento psíquico relacionado con el sentimiento de

culpa, la circunstancia traumática del acto y los factores estresantes intrínsecos al contexto del tratamiento, sobre todo el dolor durante los cambios de vendajes y los baños.

Durante su estancia en la UTIP, el paciente presentó diversas complicaciones en su estado de salud orgánica, que requirieron monitorización, ventilación mecánica, terapia farmacológica, procedimientos y cirugías que fueron vividos como invasivos y dolorosos.

Cuando su estado orgánico ya no requirió cuidados intensivos, fue trasladado a la enfermería pediátrica. En algunas consultas, a pesar de estar despierto, se presentaba indisposto. También se observó que, a medida que el paciente iba recuperando la conciencia, cuando se abordaban cuestiones relacionadas con la expresión de sentimientos y pensamientos, adoptaba un cambio de postura, volviéndose poco receptivo y menos comunicativo. Se observaron además embotamiento afectivo, humor hipotímico y apatía durante la hospitalización.

Durante las consultas, a partir de los elementos discursivos, se pudieron identificar percepciones distorsionadas de la realidad, con contenido persecutorio, que no queda claro si pueden explicarse mejor por el efecto de síntomas postraumáticos o por ideas delirantes debidas a un trastorno mental previo. Relató el contenido de una alucinación visual con la presencia de la figura de su padre y de una figura a la que llamó «Splinter». Dijo que veía estas figuras desde la muerte de su padre y mencionó que le ordenaban que se prendiera fuego para poder morir y estar con su padre de nuevo. Informó que, en los demás intentos de suicidio previos al episodio con el fuego, también escuchó órdenes a través de alucinaciones.

Tras la mejora de su estado orgánico, el equipo médico optó por trasladarlo a su ciudad de origen, al cuidado de un centro hospitalario, dada la complejidad de los vendajes que aún eran necesarios. Se llevaron a cabo discusiones del caso en equipo, reuniones familiares durante la hospitalización y se contactó con la red de salud que recibiría al adolescente tras su alta del hospital universitario. El paciente presentaba cicatrices con tendencia a la hipertrofia y retracción cicatricial en el cuello.

En las instrucciones de alta relativas a la conducta de la especialidad de Psicología, se reforzó la necesidad de un seguimiento continuo del adolescente y de su estado psicoemocional, así como de acudir con frecuencia a las consultas psicológicas y psiquiátricas, y la importancia de acudir a las revisiones médicas ambulatorias. Además, se solicitó el contacto telefónico de los familiares para el seguimiento del paciente.

El seguimiento psicológico clínico del paciente se estaba realizando en su ciudad de origen. Teniendo en cuenta la especificidad de la demanda, la atención integral de su salud en el ámbito del seguimiento hospitalario, la necesidad de una derivación adecuada y la

posibilidad de reingreso en el centro hospitalario de alta complejidad debido a posibles complicaciones y a la necesidad de realizar procedimientos futuros, se optó por mantener el vínculo terapéutico con el paciente y sus familiares tras el alta hospitalaria. Así, se solicitó a la familia que informara a la psicóloga residente cuando el paciente estuviera presente en el ambulatorio, para que se le pudiera abordar desde la especialidad de psicología antes de la consulta médica.

Tras el seguimiento psicológico, a lo largo de los contactos telefónicos y las reuniones durante la espera para las consultas médicas ambulatorias, se pudo seguir la siguiente cronología relacionada con la atención de salud mental tras el alta del hospital de alta complejidad: ingreso en un hospital del municipio de origen e inicio de la atención psicológica y psiquiátrica, pero sin un vínculo adecuado; alta del hospital de la ciudad de origen; reingreso en el hospital de la ciudad de origen tras una sospecha de plan suicida; consideración de la posibilidad de ingreso psiquiátrico en una institución especializada en salud mental en un municipio lejano, que fue rechazada por la familia; coordinación con la red y prestación de la atención en el Centro de Atención Psicosocial (CAPS) de la ciudad de referencia en salud mental del municipio de origen, más cercano al domicilio de la familia.

Se identificaron retos en el proceso de intervención de la psicóloga, que se clasificaron en: *Evaluación de la intencionalidad y la motivación del acto; Dolor físico frente a dolor psíquico; Evaluación del riesgo de suicidio; y Alta hospitalaria y coordinación con la red de salud.*

DISCUSIÓN

Evaluación de la intencionalidad y la motivación del acto

Cuando una persona ingresa en un hospital o servicio de urgencias debido a un traumatismo, una lesión o una intoxicación, el médico debe ser capaz de determinar si la lesión ha sido autoinfligida, intencionada o accidental⁸. El comportamiento autolesivo se refiere a la agresión intencionada al propio cuerpo con resultado no mortal, sin intención suicida y sin validación social⁴. Es una forma de demostrar el sufrimiento y aliviarlo momentáneamente.

La autolesión sin intención suicida (ASIS) puede provocar la muerte, lo que dificulta su distinción del comportamiento suicida. Es un factor de riesgo para el suicidio, pero no indica necesariamente una ideación suicida⁹. La intencionalidad suicida se relaciona con el deseo y la determinación de poner fin a la propia vida. Su gravedad se determina de acuerdo con la intensidad de la motivación suicida y con el grado en que esta motivación se equilibra con el deseo ambivalente de seguir viviendo. Para determinar la intencionalidad, la creencia de que el método elegido llevará a cabo el suicidio es más relevante que la letalidad objetiva³.

Cuanto más detalladas y frecuentes son las ideas suicidas, mayores son los riesgos. Cuanto más detallado es el plan suicida, mayor es la gravedad de las ideas. Verificar si el intento fue planificado o impulsivo, comprender la letalidad de los métodos y su complejidad es imprescindible para evaluar el riesgo de un nuevo intento y para comprender los motivos que llevaron al sujeto a cometer el acto⁴.

La intención de morir que implica la autolesión puede ser difícil de evaluar en algunas situaciones, como cuando la persona se encuentra incapacitada para comunicarse o se niega a hablar al respecto, como ocurrió inicialmente con el adolescente al que se refiere este estudio. En esta situación, la evaluación de la intencionalidad tuvo en cuenta el relato de los familiares.

Inicialmente, tanto los familiares como el equipo sanitario tuvieron dificultades para determinar si el acto suicida fue intencionado. Había dudas sobre si el adolescente había intentado suicidarse y si había recurrido a un método tan letal y tan poco utilizado entre los adolescentes. Además, mientras era trasladado al hospital, presentó versiones divergentes sobre la motivación del acto, unas veces como un accidente, otras como intencionado. Sin embargo, siempre existió la sospecha de que se trataba de un acto intencionado.

A lo largo de la atención médica, confirmó, a través de relatos verbales, la intención del acto, revelando que había cometido intentos previos de suicidio y que, desde la muerte de su padre, veía figuras (alucinaciones) que le ordenaban tales acciones. Además, la familia informó de situaciones de conflicto con sus compañeros en la escuela, incluyendo sospechas de violencia física, uno de estos episodios pocos días antes del IS que lo hospitalizó. Estos factores psicosociales remiten a un contexto de vida marcado por la agresividad, lo que puede estar relacionado con este intento con características impulsivas y con un método potencialmente letal.

Dolor físico frente a dolor psíquico

Durante la hospitalización, en ocasiones el paciente estaba inconsciente o indisposto y la intervención psicológica se realizaba con el familiar que lo acompañaba. Cuanto más consciente estaba, mayor era el embotamiento afectivo y menor la receptividad a la atención. Si, por un lado, la sedación era necesaria para mantenerlo con vida y aliviar el dolor físico derivado de las secuelas del intento y de los procedimientos del tratamiento, por otro, todos sabían que allí, más allá del dolor físico, había un sujeto con un intenso sufrimiento psíquico.

En los momentos en que estaba despierto y no se encontraba bien para recibir atención, la perspectiva era que el psicólogo hospitalario también debía ser testigo del dolor del paciente, lo que facilitaba el proceso de elaboración del sufrimiento y la producción de sentido en relación con situaciones que, en general, son traumáticas. Quien sufre utiliza al psicólogo como

testigo de su dolor físico y psíquico, y este testimonio contribuye a que la enfermedad, a menudo inesperada, no se convierta en una situación simplemente pasiva que dificulte su elaboración¹⁰.

El dolor se considera un proceso de defensa del ser humano que indica que algo no va bien. Aunque esta situación de alerta es positiva, su efecto es a veces negativo, ya que implica sufrimiento físico y psíquico. Físicamente, el dolor se localiza en el cuerpo y se atribuye a alguna lesión. Normalmente, es un síntoma de otro problema que puede generar un diagnóstico y un tratamiento. Aunque la lesión sea la misma, el umbral del dolor de un individuo a otro es diferente. El dolor se percibe de manera diversa en función de la gravedad de la lesión y de factores culturales, sociales, ambientales y, sobre todo, emocionales¹¹.

El dolor psíquico se ha diferenciado del dolor físico, y Shneidman lo ha denominado «*psychache*»¹². Se trata de un estado emocional de dolor intolerable asociado a afectos vividos como desagradables, tales como la tristeza, la culpa, la angustia, el miedo, la rabia, la desesperación, la soledad, la vergüenza y la pérdida. Quienes sufren dolor psíquico pueden estar alejados de los placeres de la vida, incomunicables. Este sufrimiento genera un estado de precariedad psíquica que amenaza la constitución de la identidad e impone la fragmentación de uno mismo, lo que puede llevar al sujeto a la ruptura, experimentando el fin de su existencia¹².

El comportamiento suicida demuestra un sufrimiento psíquico en el que el individuo no encuentra alternativas para superar el dolor. La presencia de este fenómeno indica que no se han satisfecho necesidades psicológicas básicas, tales como: comodidad, seguridad, autonomía, afiliación y tendencia a evitar la vergüenza. También puede derivarse de la ruptura de relaciones interpersonales importantes y estar relacionado con dificultades para lidiar con el sufrimiento, la ira y la hostilidad. En su tratamiento, las personas que presentan comportamiento suicida deben ser atendidas con énfasis en la identificación de necesidades no satisfechas, con el fin de reducir el dolor psíquico y, por lo tanto, prevenir el suicidio. El psicólogo debe colaborar con el paciente para encontrar formas de lidiar con el dolor psíquico¹².

A lo largo de las consultas, se hizo evidente que el paciente había estado y seguía estando en un estado de intenso sufrimiento psíquico. Las crisis suicidas son el momento más agudo en el que existe un mayor riesgo y letalidad, y suelen producirse en intervalos de corta duración, como horas o días. En lo que respecta al manejo, en el momento de la crisis es importante que el sujeto tenga acceso a servicios y profesionales de la salud capacitados para tal fin, con el objetivo de, a partir de la realización de las intervenciones adecuadas, teniendo en cuenta la complejidad de cada caso, reducir las posibilidades de que se lleve a cabo el intento³.

La intervención en crisis, con el fin de lograr mayores beneficios en el proceso terapéutico, se dirige a proteger la vida, reducir los riesgos/secuelas y ayudar al sujeto a recuperar el equilibrio. Aunque existe la posibilidad de utilizar diversos enfoques y técnicas, se debe optar preferentemente por un enfoque multidisciplinario, que permita compartir responsabilidades y conocimientos.

Dependiendo del riesgo evaluado, la conducta puede variar, desde activar los servicios de urgencia y emergencia, involucrar a la familia, compartir la confidencialidad de forma ética y justificada por el interés superior de la persona atendida, hasta realizar el seguimiento ambulatorio clásico³. Durante el seguimiento psicológico del paciente atendido, se llevó a cabo la intervención en crisis utilizando el enfoque multidisciplinario, la implicación familiar y la articulación con la red.

Evaluación del riesgo de suicidio

Los comportamientos suicidas son complejos y tienen múltiples determinantes, y son el resultado de un equilibrio entre factores de riesgo y factores de protección. Para la toma de decisiones clínicas, se deben identificar los factores de riesgo asociados al comportamiento suicida, así como los posibles diagnósticos de trastornos mentales subyacentes y el riesgo de muerte. A menudo existen varios factores de riesgo que actúan de forma acumulativa y aumentan la vulnerabilidad de una persona al comportamiento suicida⁴.

La necesidad de evaluar y formular el riesgo de suicidio está prevista en el Protocolo Multidisciplinario de Prevención del Riesgo de Suicidio del hospital donde fue ingresado el paciente, que orienta las acciones de los profesionales involucrados. Este protocolo indica que la formulación del riesgo de suicidio es responsabilidad del médico. Al psicólogo le corresponde evaluar y acompañar a los pacientes en cuanto al riesgo de IS, especialmente cuando el equipo señala la sospecha de dicho riesgo¹³. Desde el inicio de la atención hasta el momento del alta, los psicólogos responsables del caso se preocuparon por evaluar la intencionalidad del acto y el riesgo de suicidio antes, durante y después de la hospitalización.

La evaluación del riesgo de suicidio implica una entrevista clínica cuidadosa, sincera y respetuosa a través de preguntas directas. La forma en que el profesional se siente con respecto al tema influye en la forma en que interactuará con la persona e incluso en la comprensión del razonamiento clínico. Por lo tanto, la preparación personal y técnica es importante para una evaluación adecuada, que guiará la conducción clínica del caso. Esta evaluación implica conocimientos técnicos sobre el comportamiento suicida (factores de riesgo y protección), técnicas de evaluación psicológica, técnicas de intervención en crisis y preparación personal mediante supervisión³.

Los factores de riesgo de suicidio son: sexo (mayor incidencia en hombres); historia de vida (pérdidas, traumas, abuso físico/sexual/psicológico, negligencia), sufrimiento psíquico grave o antecedentes familiares; baja tolerancia a la frustración y ambivalencia; abuso de alcohol y/u otras sustancias; pérdida del empleo y problemas económicos; soledad y desesperanza; acceso a medios letales⁶.

Los antecedentes de IS y los antecedentes familiares de suicidio se consideran factores de riesgo importantes, además de la presencia de algún trastorno mental o de personalidad. Los factores de protección son: características individuales como habilidades sociales, autoestima y espiritualidad; apoyo familiar (vínculos seguros, prácticas parentales adecuadas - límites, comunicación, protección) y apoyo social de los amigos y la escuela⁶.

Según los criterios presentados, se evalúa que el adolescente atendido es de sexo masculino, su historia de vida incluye el duelo por un parente muy querido, tiene un hermano con diagnóstico de esquizofrenia y, tras la pérdida de su progenitor, comenzó a presentar manifestaciones mentales, conductuales, afectivo-emocionales y psicosomáticas que se interpretaron como signos y síntomas de intenso sufrimiento psíquico: crisis de llanto, falta de aire, dolor en el pecho, humor irritable, conductas autolesivas, aislamiento, alucinaciones visuales y auditivas y aumento de peso, entre otros.

El paciente tuvo poco apoyo social, escolar y de sus amigos. Se produjo un cambio de comportamiento en la escuela, con comentarios agresivos y mayor distracción. Los familiares, a pesar del gran dolor que todos sentían, intentaron apoyarlo y hacer lo que consideraban necesario: buscaron atención médica (psiquiatría y psicología, esta última sin efectuar) y acudieron a la escuela para informar sobre la violencia que el adolescente sufría por parte de sus compañeros e intentar reducir su frecuencia, pero las agresiones persistieron.

Es esencial percibir las señales de alerta que indican riesgo de suicidio en la adolescencia: alejamiento de amigos y familiares, disminución o pérdida de interés por actividades que antes disfrutaban, cambios de personalidad o hábitos, cambios en los patrones de sueño, interés por la muerte, desesperanza y comentarios autodespreciativos³.

Antes, durante y después de la hospitalización, el riesgo de suicidio se consideró alto. La vigilancia, la dificultad para moverse y el escaso acceso a medios potencialmente letales se interpretaron como un obstáculo para llevar a cabo otros intentos durante la hospitalización, ya que casi todo el tiempo estaba acompañado por un familiar o un miembro del equipo, y los medicamentos siempre eran administrados por un profesional.

Se solicitó varias veces una consulta psiquiátrica y la atención psicológica fue constante. En los intercambios con el equipo, era evidente para todos el grave sufrimiento psíquico del

paciente, aunque la mayoría de los profesionales no sabían muy bien qué hacer con ese sufrimiento. Se identificó que el sufrimiento del paciente se reflejaba en la subjetividad de los profesionales, lo que les provocaba un sufrimiento psíquico que desencadenaba, de manera diferente en cada persona, mecanismos de afrontamiento y procesos defensivos que, a su vez, influían en las conductas ejecutadas.

En el hospital general, el proceso de trabajo a menudo se lleva a cabo en régimen de guardia. Es habitual que cada nuevo día el paciente sea atendido por un profesional diferente de la misma categoría (técnico de enfermería, fisioterapeuta, médico, psiquiatra, entre otros). De este modo, el modelo de prestación de servicios plantea retos relacionados con la posible divergencia en las conductas debido a la evaluación particular de cada profesional y al proceso de vinculación con el paciente y sus familiares. En cuanto al equipo de psicología, siempre fueron las mismas profesionales las que se encargaron del seguimiento, y las consultas fueron realizadas por la residente y supervisadas por la psicóloga preceptora.

Debido a las particularidades del caso, en lo que se refiere a la limitación de la oferta de servicios de salud especializados en la ciudad de origen, la escasez de recursos objetivos y subjetivos de la familia para sostener las necesidades de cuidado físico y psíquico que exigía el paciente, y la evaluación desfavorable en lo que se refiere al riesgo de suicidio, entre otros factores, existía por parte del equipo una gran preocupación sobre cómo se llevaría a cabo la atención tras el alta.

En ese momento, se reforzó la necesidad de un seguimiento continuo del adolescente y de su estado psicoemocional, la necesidad de mantener un seguimiento psicológico y psiquiátrico frecuente y la necesidad de acudir a las citas médicas ambulatorias. Además, se solicitó el contacto telefónico de los familiares para que acompañaran al paciente hasta que se confirmara la absorción de la demanda por parte de la red de salud del municipio de origen en lo que respecta al seguimiento de la salud mental.

Alta hospitalaria y coordinación con la red de salud.

El Protocolo Clínico de Alta Responsable del Paciente Pediátrico del hospital en el que estaba ingresado el paciente establece que la organización del alta hospitalaria de forma responsable implica la planificación y el traslado de la atención de un centro sanitario a otro, o al domicilio del paciente, con el fin de garantizar la continuidad de la atención mediante la coordinación con los demás puntos de prestación de servicios de las Redes de Atención Sanitaria. Otro principio del alta responsable se refiere a la orientación al paciente y a sus familiares con el fin de promover el autocuidado¹³.

En los debates del equipo se pudo percibir la dificultad de definir, en el contexto de las conductas inherentes a cada categoría profesional, estrategias eficaces para garantizar un alta segura. Por un lado, el alta ya se consideraba posible, e incluso necesaria, teniendo en cuenta que el paciente ya no presentaba en ese momento necesidades de salud orgánicas correspondientes al nivel de complejidad del hospital. Por otro lado, las necesidades psíquicas, sociales y emocionales del paciente y de su grupo familiar en ese momento no podían ignorarse a la hora de decidir el alta. Era evidente que, aunque su estado orgánico era estable, el psicológico no lo era.

La evaluación del riesgo de suicidio indicaba que el riesgo de una nueva tentativa era alto. También existía la preocupación de que las necesidades de atención integral, que implicaban tratamientos de diversas especialidades, como fisioterapia, psicología, terapia ocupacional y psiquiatría, además de la coordinación con la atención primaria, no pudieran ser atendidas por la red de atención sanitaria del municipio donde residía. La alternativa propuesta fue mantener la atención psicológica en la ciudad de origen mientras, paralelamente, el paciente continuaba ingresado en un hospital de su ciudad para la realización de los curativos y el manejo del riesgo de suicidio, dada la vigilancia a la que estaría sometido, acudiendo además a las visitas de seguimiento médico en el ambulatorio del hospital universitario con las especialidades de psiquiatría y cirugía plástica.

A pesar de ser un paciente con indicación de atención en el Centro de Atención Psicosocial Infantil y Juvenil (CAPSi), quedaba la pregunta: *¿cómo llevar esto a cabo, dado que el paciente no residía en el municipio en el que recibió los cuidados más complejos y en su ciudad de origen no existía el CAPSi?*

A pesar de que se había contactado con la red de salud que iba a recibir al adolescente, la coordinación para que fuera atendido en el modelo más adecuado, en el que se integraran en el mismo servicio las especialidades de psicología, psiquiatría y otros servicios de salud mental, como es el caso del CAPSi, solo podía llevarse a cabo si dicha institución estaba disponible en el territorio, ya que, dada la necesidad concomitante de cuidados orgánicos, no era posible, en ese momento, que el paciente se desplazara con frecuencia para recibir atención en otra localidad.

El trabajo en red debe basarse en el concepto ampliado de salud que guía la red de asistencia en salud mental, de modo que la atención al sufrimiento psíquico de todos los usuarios es importante, independientemente de la existencia de un diagnóstico nosológico formal⁵.

La integración de los diversos sectores del territorio asume un papel central en la atención, ya que la actuación comunitaria de promoción de la salud necesita una articulación

intersectorial para ser eficaz. Las estrategias de atención orientadas al suicidio pueden funcionar como mecanismos para integrar las acciones de los profesionales de la salud mental, permitiéndoles compartir la responsabilidad en el seguimiento de las personas con ideas suicidas⁵. Por lo tanto, es importante que los distintos servicios de la red se comuniquen entre sí durante todo el proceso de construcción de la atención sanitaria del paciente.

CONCLUSIÓN

El adolescente ingresado por IS en un hospital general y universitario requiere cuidados complejos por parte del equipo y de su familia, siendo necesario atender a los familiares para acogerlo, empoderarlo, orientarlo y recopilar información importante para comprender el caso y planificar los cuidados.

Para atender a la especificidad del suicidio en la infancia y la adolescencia, es imprescindible la actuación de profesionales capacitados, así como la articulación con la Red de Atención Psicosocial.

Las limitaciones de este estudio se relacionaron con la dificultad de encontrar publicaciones actualizadas, sobre todo en lo que se refiere a la evaluación del riesgo de suicidio en la franja etaria correspondiente a la infancia y la adolescencia en el contexto de la realidad brasileña. Además, dada la complejidad del fenómeno y la subjetividad de las personas atendidas, las tendencias observadas en el caso discutido no pueden generalizarse a otros contextos.

Teniendo en cuenta las limitaciones y las contribuciones del estudio, se concluye la necesidad de realizar otras investigaciones sobre el tema con el fin de ampliar el debate sobre el suicidio en la infancia y la adolescencia.

REFERENCIAS

1. Ministério da Saúde (Brasil). Panorama dos suicídios e lesões autoprovocadas no Brasil de 2010 a 2021. Boletim Epidemiológico (Brasília) [Internet]. Brasília, DF: Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente; 2024 [citado el 25 sep 2024]; 55(4):1-17. Disponible en: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2024/boletim-epidemiologico-volume-55-no-04.pdf>
2. World Health Organization. United Nations Children's Fund. Helping adolescents thrive toolkit: strategies to promote and protect adolescent mental health and reduce self-harm and other risk behaviours [Internet]. Genebra: WHO; 2021 [citado el 14 oct 2024]. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/341327/9789240025554-eng.pdf?sequence=1>

3. Botega NJ. Crise suicida: avaliação e manejo. 2. ed. Porto Alegre, RS: Artmed; 2022. 344 p.
4. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative [Internet]. Geneva: WHO; 2014 [citado el 5 ago 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779>
5. Conselho Regional de Psicologia do Distrito Federal. Conselho de Psicologia do DF lança guia com Orientações para a atuação profissional frente a situações de suicídio e automutilação [Internet]. Brasília, DF: Comissão Especial de Psicologia na Saúde; 2020 [citado el 1 ago 2024]. Disponible en: <https://www.crp-01.org.br/notices/8780>
6. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Protocolo multiprofissional. Prevenção ao risco de suicídio [Internet]. Uberaba, MG: Hospital de Clínicas, EBSERH; 2023 [citado el 16 sep 2024]. Disponible en: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-uftm/documentos/protocolos-assistenciais/PRT.CPAM.021PrevenaoRiscodeSuicdioverso3.pdf>
7. Kennedy SP, Baraff LJ, Suddath RL, Asarnow JR. Emergency department management of suicidal adolescents. Ann Emerg Med. [Internet]. 2004 [citado el 1 oct 2024]; 43(4):452-60. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2003.09.009>
8. World Health Organization. Practice manual for establishing and maintaining surveillance systems for suicide attempts and self-harm [Internet]. Geneva: WHO; 2016 [citado el 1 oct 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/practice-manual-for-establishing-and-maintaining-surveillance-systems-for-suicide-attempts-and-self-harm>
9. Vargas SC, Romero SM. Automutilação e ideação suicida: um drama da adolescência na atualidade. Brazilian Journal of Health Review [Internet]. 2021 [citado el 15 oct 2024]; 4(4):14466-80. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n4-009>
10. Moretto MLT. Psicanálise e hospital hoje: o lugar do psicanalista. Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar [Internet]. 2019. [citado el 13 oct 2024]; 22(N Esp):19-27. DOI: <https://doi.org/10.57167/Rev-SBPH.22.135>
11. Werlang BSG, Fensterseifer L, Borges VR. Dor psicológica e suicídio: aproximações teóricas. In: Werlang BSG, Oliveira MS, organizadores. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2006. p. 67-76. (Temas em Psicologia Clínica).
12. Shneidman ES. Suicide as psychache. J Nerv Ment Dis. [Internet]. 1993 [citado el 17 oct 2024]; 181 (3):145-7. DOI: <https://doi.org/10.1097/00005053-199303000-00001>
13. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Protocolo Clínico. Alta Responsável do Paciente Pediátrico [Internet]. Uberaba, MG: Hospital de Clínicas, EBSERH; 2023. 22p.

Editor Asociado: Víctor Augusto Cavaleiro Corrêa

Conflictos de intereses: los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses

Financiación: no hubo

Contribuciones:

Conceptualización – Couto VVD, Rodrigues TS

Investigación – Lima AMM, Rodrigues TS

Redacción - primera redacción – Lima AMM, Rodrigues TS

Redacción - revisión y edición – Couto VVD, Lima AMM

Como citar este artículo (Vancouver)

Rodrigues TS, Lima AMM, Couto VVD. Los retos de la atención hospitalaria a adolescentes en crisis suicida. Rev Fam, Ciclos Vida Saúde Contexto Soc. [Internet]. 2025 [citado el *insertar el día, mes y año de acceso*]; 13:e025009. DOI: <https://doi.org/10.18554/refacs.v13i00.8895>

Como citar este artículo (ABNT)

RODRIGUES, T. S.; LIMA, A. M. M.; COUTO, V. V. D. Los retos de la atención hospitalaria a adolescentes en crisis suicida. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, Uberaba, MG, v. 13, e025009, 2025. DOI: <https://doi.org/10.18554/refacs.v13i00.8295>. Acceso el: *insertar el día, mes y año de acceso*.

Como citar este artículo (APA)

Rodrigues, T. S., Lima, A. M. M., & Couto, V. V. D. (2025). Los retos de la atención hospitalaria a adolescentes en crisis suicida. *Rev. Fam., Ciclos Vida Saúde Contexto Soc.*, 13, e025009. Recuperado el: *insertar el día, mes y año de acceso* de <https://doi.org/10.18554/refacs.v13i00.8295>



Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons