

Suicide Causes

by Kevin Caruso

Over 90 percent of people who die by suicide have a mental illness at the time of their death.

And the most common mental illness is depression.

Untreated depression is the number one cause for suicide.

Untreated mental illness (including depression, bipolar disorder, schizophrenia, and others) is the cause for the vast majority of suicides.

Also, some people are genetically predisposed to depression, and thus they may not appear to be undergoing any negative life experiences, yet still become depressed, and may die by suicide.

So, some people die by suicide because of a depression that was caused by genetics. You probably have heard about some individuals who died by suicide and did not exhibit any symptoms or appear to have any serious problems. In these cases, it is possible that the person had depression that occurred because of this genetic factor.

It is very rare that someone dies by suicide because of one cause. Thus, there are usually several causes, and not just one, for suicide.

Many people die by suicide because depression is triggered by several negative life experiences, and the person does not receive treatment – or does not receive effective treatment – for the depression. (Some people need to go through several treatments until they find one that works for them.)

Some of the negative life experiences that may cause depression, and some other causes for depression, include:

- The death of a loved one.
- A divorce, separation, or breakup of a relationship.
- Losing custody of children, or feeling that a child custody decision is not fair.
- A serious loss, such as a loss of a job, house, or money.
- A serious illness.
- A terminal illness.
- A serious accident.
- Chronic physical pain.
- Intense emotional pain.
- Loss of hope.
- Being victimized (domestic violence, rape, assault, etc).
- A loved one being victimized (child murder, child molestation, kidnapping, murder, rape, assault, etc.).
- Physical abuse.
- Verbal abuse.
- Sexual abuse.
- Unresolved abuse (of any kind) from the past.
- Feeling "trapped" in a situation perceived as negative.
- Feeling that things will never "get better."

- Feeling helpless.
- Serious legal problems, such as criminal prosecution or incarceration.
- Feeling "taken advantage of."
- Inability to deal with a perceived "humiliating" situation.
- Inability to deal with a perceived "failure."
- Alcohol abuse.
- Drug abuse.
- A feeling of not being accepted by family, friends, or society.
- A horrible disappointment.
- Feeling like one has not lived up to his or her high expectations or those of another.
- Bullying. (Adults, as well as children, can be bullied.)
- Low self-esteem.

Again, the above causes may trigger depression, and **untreated depression is the number one cause for suicide.**

Know what the symptoms of depression are – you should review the information on the [depression and suicide](#) page of this website – and if you or someone you know is depressed, get help immediately.

And remember that **any untreated mental illness, including depression, bipolar disorder, schizophrenia, and others, may cause suicide.**

If you or someone you know is suicidal, please read the information on the [home page](#) of this website and take immediate action.

Thank you,

Kevin Caruso

■ Conducta suicida en la infancia: Una revisión crítica

Laura Mosquera

Universidad Miguel Hernández, Elche, España

Resumen

El suicidio en niños y adolescentes es un serio problema de salud pública que ha registrado un aumento importante a nivel mundial. Es la décima causa de muerte mundial y la segunda causa de muerte entre los 15 y 29 años. El presente trabajo es una revisión no sistemática de la literatura existente sobre la conducta suicida infantil. Los resultados indicaron que existe una larga lista de factores de riesgo, como ser hombre o tener intentos de suicidio previos, precipitantes, como situaciones de exclusión social o conflicto sentimental, y protectores, como un autoconcepto positivo y apoyo familiar. Se observa una alta comorbilidad con los trastornos depresivos, trastorno bipolar y esquizofrenia. Existen diversas escalas e inventarios de depresión o de riesgo suicida, si bien la mayoría son de adultos. En el tratamiento destaca la terapia dialéctico-conductual y la cognitivo-conductual como las más eficaces. Por último, para su prevención se ha comprobado que las intervenciones más eficaces son aquellas que se realizan en el ámbito escolar. La conducta suicida infanto-juvenil se ha convertido en un grave problema, ya que como se ha encontrado en los diversos estudios, no se cuenta todavía con métodos eficaces de prevención y tratamiento. Se requieren mayores esfuerzos por parte de instituciones y gobiernos para reducir las defunciones debidas a esta causa.

Palabras clave: Suicidio, niños, adolescentes, revisión, prevención, factores de riesgo.

Abstract

Suicide behavior in childhood: Suicide in children and adolescents, a serious public health problem, has significantly increased worldwide. It is the tenth leading cause of death worldwide and the second leading cause of death among 15-29-year-old. The present work is a non-systematic review of the literature on child suicidal behavior. The results indicated that there is a long list of risk factors - such as being male or having previous suicide attempts -, precipitating factors - as social exclusion or emotional conflict, - and protective factors, as positive self-concept and family support. High comorbidity with depressive disorders, bipolar disorder and schizophrenia is observed. There are various scales and inventories of depression and suicidal risk, but most of them are for adults. Regarding treatments, it is highlighted the dialectic behavioural therapy and cognitive behaviour as the most effective ones. Finally, for prevention it has been proven that the most effective interventions are those that take place at schools. Several studies concluded that child and adolescent suicidal behavior has become a serious problem since effective methods of prevention and treatment are not yet available. Thus, greater efforts from institutions and governments are required to reduce deaths due to suicide.

Keywords: Suicide, children, adolescents, review, prevention, risk factors.

El suicidio es un problema de salud pública prioritario. Según la Organización Mundial de la Salud el suicidio es la decimotercera causa de muerte, suponiendo el 0.5-2% de todas las causas de mortalidad y la primera causa de muerte violenta (OMS, 2012). Algunas previsiones indican que para 2020 los suicidios podrían aumentar considerablemente pasando a ser los intentos de suicidio entre 10 y 20 veces más frecuentes (Varela, Castillo, Isaza y Castillo, 2008).

España es uno de los países con las tasas más bajas de suicidio en Europa, sin embargo se está produciendo un incremento en comparación con el resto de países en los que las tasas están descendiendo y estabilizando (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011).

Según el Instituto Nacional de Estadística los casos de suicidio han aumentado en los últimos años (INE, 2015) con un total de 3870 defunciones, de los cuales 2911 son hombres y 959 mujeres, y con una tasa de 8.3 por cada 100000 personas. La OMS en 2004 señalaba el suicidio en adolescentes como la tercera causa principal de muerte, mientras que en 2014 pasaba a ser la segunda en edades de 15 a 29 años.

Los suicidios son más frecuentes a medida que la edad va aumentando, por tanto en personas de 75 años o más son tres veces mayores que en las personas de 15 a 24 años. Sin embargo en éstas últimas las autolesiones son más frecuentes y son la cuarta causa de muerte (OMS, 2014). En cuanto al sexo, la Guía de Práctica clínica de la pre-

Correspondencia:

Laura Mosquera Gallego.

Universidad Miguel Hernández.

Avda. de la Universidad, s/n. C.P. 03202. Elche (Alicante) - España.

E.mail: laura.mosquera.93@gmail.com

vención y tratamiento de la conducta suicida (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011) señala que son mayores los suicidios consumados en hombres, sin embargo, las tentativas de suicidio son mayores en las mujeres. Estas diferencias podrían deberse a que los hombres utilizan métodos más peligrosos y radicales.

Una definición del suicidio ampliamente aceptada es la que considera que es una actuación con un resultado letal, que es iniciado y realizado por la persona, que sabe y espera el resultado letal de su acto y a través del cual pretende tener los cambios que desea (OMS, 1986). Por su parte, el parasuicidio se refiere a un hecho sin un resultado fatal, que sin ayuda de otras personas, el sujeto se auto-lesiona o consume sustancias con el fin de conseguir una serie de cambios a través de los resultados actuales o que espera sobre su estado físico (OMS, 1986).

Otra forma de entender el suicidio es la que considera que es el resultado final de ideaciones y conductas que realiza la persona. Por tanto, el concepto de conducta suicida hace referencia a un continuo de conductas que incluyen una serie de aspectos cognitivos, como ideas suicidas y su planificación, y aspectos conductuales como el intento de suicidio y el suicidio consumado. Así por ejemplo, Shneidman lo definió como una actuación humana que causa el cese de la vida (Shneidman, 1973; citado en Sánchez, Orejarena y Guzmán, 2004).

La Guía de Práctica Clínica sobre la depresión mayor en la infancia y en la adolescencia (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009) considera como aspecto clave la intencionalidad del sujeto, de modo que define los siguientes tipos de conducta suicida: i) suicidio frustrado: acción realizada por el sujeto con intención autolítica, en la cual se dan circunstancias no previstas por la persona que impiden la culminación del suicidio, ii) amenaza de suicidio: se consideran como una serie de expresiones manifiestas, acompañadas o no de acciones de inicio del suicidio, y que indican a los demás la intención de realizar dicho suicidio. Estas amenazas son utilizadas por los adolescentes para manipular y conseguir unos resultados que desea, sin embargo lo que provocan es poner en riesgo su propia vida, iii) conducta auto-lesiva: son autolesiones que consisten en provocarse un daño corporal sin una intención de suicidio, es decir, sin llegar a poner en riesgo la vida del paciente. Son las más frecuentes en niños y adolescentes, sobretodo en la adolescencia que en los últimos tiempos han protagonizado un aumento importante.

Por tanto, dichas conductas suicidas se expresan de menor a mayor gravedad, es decir, ideación, amenaza, intento y por último suicidio consumado. Así, la ideación suicida se define como una serie de cogniciones que realiza el sujeto que incluyen pensamientos fugaces sobre el no querer vivir, además de fantasías autodestructivas y

planes para llegar a la muerte (Goldney et al., 1989 citado en Buendía, Riquelme y Ruiz, 2004). Además de otros pensamientos sobre el escaso valor de la vida, amenazas heterodirigidas o elaboración de planes para el suicidio. Por otro lado, el intento de suicidio o también llamado parasuicidio, es el acto realizado por el sujeto contra sí mismo, que no llega a provocar la muerte y que lo realiza en forma deliberada (Bella, Fernández y Willington, 2010). Y por último, el suicidio consumado que se define como el acto realizado por la persona de manera auto-infringida que provoca la muerte del sujeto (Bella et al., 2010). En este caso el diagnóstico no sería nada fácil, ya que en ocasiones se duda de si se trata de un acto suicida o de una conducta temeraria. Cabe destacar que como se señala en el estudio de Bella, Fernández y Willington (2010), el predictor más importante de una conducta suicida infantil o adolescente es el de la ocurrencia de un intento de suicidio previo.

En consecuencia, la necesidad de este trabajo surge de que nos encontramos en la actualidad con aumento de la frecuencia del suicidio infantil y adolescente, que ha pasado a ser considerado un problema de salud pública; escasos métodos para poder prevenir y afrontar el problema, y en general escasez de estudios al respecto, sobre todo en niños y adolescentes. Con esta revisión se pretende dar una visión global de estado del suicidio infantil e informar a los futuros investigadores sobre el tema y ofrecerles un punto de partida para guiar su investigación y dar soluciones ante dicho problema. Así se podría permitir tener en cuenta los diferentes factores de riesgo, además de los síntomas de alarma y poder prevenir los posibles casos de suicidio, ya sea por los padres y profesionales, tanto del ámbito sanitario como educativo y social, aumentando así las estrategias de detección e intervención.

Método

En el diseño de la revisión se siguió la línea de otros autores que plantean que una tabulación descriptiva de los resultados de los estudios individualmente proporciona más perspectiva que un meta-análisis (Egger, Smith y O'Rourke, 2001). Así, para la presente revisión se realizó una amplia búsqueda, aunque no exhaustiva, sobre diferentes tipos de artículos y guías mediante la utilización de las siguientes bases de datos: Psycodoc, Psycinfo, Scielo, Dialnet, Redyalc y Google Academic; así como páginas web de instituciones de referencia: Organización Mundial de la Salud (OMS), Instituto Nacional de Estadística (INE) e Infocop Online, la revista digital editada por el Consejo General de la Psicología de España.

Tabla 1. Descripción de los estudios incluidos en la revisión.

Año	Autores	Edades/población	Conductas suicidas evaluadas	Características del estudio
2015	Pianowski, De Oliviera y Nunes	15 a 44 años	Ideación y comportamiento suicida	Estudio de revisión que aporta datos descriptivos de la muestra, variables clínicas asociadas y la condición médica, características psicológicas y factores cognitivos, e instrumentos de evaluación.
2015	Liotta, Mento y Settineri	Infanto-juvenil, adultez	Ideación, intención y conducta suicida	Estudio de revisión sistemática de los factores que aumentan la severidad y potencial letalidad del intento de suicidio.
2014	Cáceda	Infanto-juvenil, adultez	Conducta suicida	Estudio de revisión de los factores de riesgo y de protección del comportamiento suicida.

Año	Autores	Edades/población	Conductas suicidas evaluadas	Características del estudio
2014	Devries et al.	Infantil	Conducta suicida	Estudio de meta-análisis de del abuso sexual infantil como factor de riesgo de la conducta suicida.
2014	Jiménez, Hidalgo, Camargo y Dulce	5 a 18 años	Intento suicida	Estudio investigativo de la población pediátrica del Hospital Infantil Los Ángeles de Pasto permitiendo su caracterización clínica.
2014	Hewitt, Caelian, Chen y Flett	13-19 años	Tendencia, riesgo e ideación suicida	Estudio de revisión de la relación perfeccionismo-suicidio en un grupo de adolescentes con depresión.
2014	Pérez-Costillas et al.	Infanto-juvenil, adulta	Conducta suicida	Estudio analítico de la agrupación espacio-temporal de casos de suicidio.
2014	Picazo-Zappino	Infanto-juvenil	Intención y conducta suicida	Estudio de revisión acerca de la prevalencia, factores de riesgo y limitaciones sobre el suicidio infanto-juvenil.
2014	Sánchez-Teruel y Robles-Bello.	Adolescente y jóvenes adultos	Ideación, tentativa y conducta suicida	Estudio de revisión de aquellos factores de protección relacionados con la resiliencia.
2013	Antón-San-Martín et al.	Adulta	Conducta suicida	Estudio que determina los factores de riesgo y protectores del suicidio en la comarca de Antequera (Málaga), realizado en un estudio de caso y controles a través de la autopsia psicológica.
2013	Cortés	Adolescente	Ideación y Conducta suicida	Estudio de revisión de los factores de riesgo y predisponentes de la conducta suicida en adolescentes.
2013	Vianchá, Bahamón y Alarcón	Infanto-juvenil	Intento, ideación y conducta suicida	Estudio de revisión del suicidio en jóvenes y de las variables psicosociales asociadas.
2012	Cornellà	Adolescente	Conducta autodestructiva, intento de suicidio y conducta suicida	Estudio de congreso de las conductas autodestructivas, suicidas, intención suicida y su prevención.
2012	Romero	Infanto-juvenil	Ideación e intención suicida	Artículo de revista de cómo afecta la depresión en el suicidio en niños y adolescentes. Incluye factores de riesgo y precipitantes.
2012	Zelaya de Migliorisi, Piris de Almirón y Migliorisi	Infanto-juvenil	Intención suicida	Estudio descriptivo y retrospectivo de casos de intentos de suicidio en niños y adolescentes del Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñu.
2011	Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad	Infanto-juvenil, adulta y anciana	Ideación, intención y conducta suicida	Guía clínica del sistema sanitario español sobre prevención y tratamiento de suicidio en diferentes periodos de edad, que abarca factores de riesgo y protectores, evaluación, tratamiento y prevención.
2011	Cañón	Infanto-juvenil	Conducta suicida	Estudio de revisión de los factores de riesgo asociados a conductas suicidas.
2011	García-Nieto et al.	No especifica	Conducta suicida	Estudio de investigación con el objetivo de valorar un instrumento de evaluación de la conducta suicida.
2010	Bella, Fernández y Wellington	Infanto-juvenil	Intención suicida	Estudio transversal de la frecuencia de los trastornos mentales y del comportamiento, método utilizado y antecedentes psicopatológicos previos.
2010	Bella, Fernández y Wellington	Infanto-juvenil	Intención suicida	Estudio prospectivo de los factores de riesgo en niños y adolescentes hospitalizados por intento de suicidio.

Año	Autores	Edades/población	Conductas suicidas evaluadas	Características del estudio
2010	Pérez-Amezcuca et al.	Adolescente	Ideación e intención suicida	Estudio transversal de la prevalencia y factores asociados del suicidio adolescente
2009	Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009	Infanto-juvenil	Intención y conducta suicida	Guía clínica del sistema sanitario español sobre la depresión mayor abarcando el suicidio en la infancia y adolescencia
2009	Miranda de la Torre, Cubillas, Román y Abril	Infantil	Ideación suicida	Estudio descriptivo comparativo de los factores psicológicos asociados a la ideación suicida
2008	Rivera	Infanto-juvenil y adulta	Ideación e intención suicida	Boletín de la Secretaria de salud Departamental de Huila centrado en la evaluación, detección y atención suicida
2007	Pérez-Olmos, Rodríguez-Sandoval, Dussán-Buitrago, y Ayala-Aguilera	11 a 18 años	Intención suicida	Estudio retrospectivo para la caracterización psiquiátrica y social del intento suicida
2007	Palacios-Espinosa, Barrera, Ordóñez y Peña	Infantil	Ideación, intención y conducta suicida	Estudio de revisión de la producción científica del suicidio infantil
2006	Hernández-Cervantes y Gómez-Maqueo	13 a 18 años	Ideación e intención suicida	Estudio de validación y correlación sobre la evaluación del riesgo suicida y estrés asociado
2005	Cabrejos, Krüger y Samalvides	Infanto-juvenil	Intención suicida	Estudio descriptivo y prospectivo del intento suicida, características biopsicosociales y diagnósticos psiquiátricos
2005	Robles, Páez, Ascencio, Mercado y Hernández	Infantil	Ideación e intención suicida	Estudio que determina la validez y fiabilidad de la versión española del Cuestionario de Riesgo Suicida (RSQ)
2002	Lecrubier	No especificado	Ideación, intención y Conducta suicida	Estudio epidemiológico de la influencia de la comorbilidad en la conducta suicida
2002	Peña, Casas, Padilla de la Cruz, Gómez y Gallardo	Adolescente y juvenil	Intención suicida	Estudio descriptivo sobre el intento suicida de pacientes ingresados en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Militar "Dr. Octavio de la Concepción y de la Pedraja"
2001	Niméus, Alsé y Träskman-Bendz	Adulta	Intención suicida	Estudio descriptivo sobre si la Escala de Evaluación del suicidio evalúa el riesgo de suicidio
1999	Soler y Gascón	Infanto-juvenil y adulta	Ideación, tentación y conducta suicida	Guía de recomendaciones terapéuticas del Comité de Consenso de Catalunya en terapéutica de los trastornos mentales que abarca toda la conducta suicida

Para la búsqueda de artículos se utilizó en un primer momento la palabra clave "suicidio" o "suicide", escogiendo todos aquellos artículos en los cuales se abarcara definiciones del suicidio, factores, evaluación, tratamiento así como prevención. Más tarde se realizó una búsqueda más ajustada, y por tanto restringida, a nuestro trabajo como es "suicidio infantil" o "child suicide", utilizando este último como palabra clave para la búsqueda en las diferentes bases de datos, dando lugar a todos aquellos artículos que se exponen en la Tabla 1. Otras palabras clave utilizadas combinándolas con las anteriores fueron "evaluación", "tratamiento", "factor de riesgo", "prevención", así como las expresiones en inglés.

Los criterios de inclusión que se utilizaron fueron todos aquellos artículos con contenidos sobre el suicidio, que se basaran en la población infanto-juvenil, niños y niñas menores de 18 años, y que estuvieran publicados entre 2005 y 2015 aproximadamente, si bien también se emplearon otros anteriores por su relevancia en el campo de estudio.

Resultados

El resultado final fue una revisión de 33 artículos y guías para el suicidio, los cuales posteriormente se ordenaron en función de los diferentes apartados del estudio para poder resumir y sintetizar toda la información obtenida a través de la búsqueda bibliográfica. Los artículos utilizados para la presente revisión son los que se exponen en la Tabla 1.

Incidencia y prevalencia

Se encuentra una gran variabilidad de porcentajes de prevalencia en diferentes países. Según la OMS (2012) las tasas de suicidio más elevadas se dan en los países de Europa del Este (Lituania o Rusia) y las más bajas en América Central y América del Sur (Perú, México, Colombia o Brasil). En cuanto al sexo, el suicidio es mucho más fre-

cuenta en hombres, en cambio el intento de suicidio se da más en mujeres (Miranda de la Torre, Cubillas, Román y Abril, 2009). Asimismo, en los países ricos los hombres se suicidan tres veces más que las mujeres, en cambio estos porcentajes cambian en aquellos países de ingresos bajos o medianos, en los cuales 1,5 hombres se suicidan por cada mujer. Respecto a la edad, se ha comprobado que los casos de suicidio se elevan a medida que ésta aumenta. Sin embargo, la OMS en 2012 señala como grupos de alto riesgo de suicidio a jóvenes adultos (15 a 44) y a adolescentes de 15 a 19 años.

Factores de riesgo y protección

Tras la búsqueda bibliográfica se ha podido constatar que la mayoría de estudios y autores mencionan que el suicidio es el resultado de la combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales, entre otros; convirtiéndose de esta manera en factores de riesgo del suicidio. Por tanto, se hace necesario especificar los factores de riesgo generales que puedan aumentar la incidencia, probabilidad, mortalidad y severidad del suicidio. Tras la búsqueda, se han encontrado diferentes clasificaciones de factores por los autores. De esta manera, realizaremos una síntesis y distinción lo más clara posible de los factores de riesgo más generales, los cuales se dividen en factores familiares y contextuales (Tabla 2) e individuales (Tabla 3). Los factores identificados como precipitantes de una conducta suicida se muestran en la Tabla 4, mientras que en la tabla 5 se resumen los factores protectores en relación con el suicidio.

Tabla 2. Factores de riesgo familiares y contextuales.

. Bajo estatus económico	. Maltrato físico o abuso sexual
. Falta de apoyo social	. Acoso iguales (Bullying/ Cyberbullying)
. Bajo nivel educativo de los padres	. Adopción
. Baja calidad de vida	. Exposición (Contagio suicida)
. Disfunción familiar	. Dificultades sentimentales
. Psicopatología de los padres	. Amplia cobertura sobre el suicidio en periódicos y televisión
. Antecedentes familiares de conducta suicida o trastornos	. Familias monoparentales
. Acontecimientos vitales estresantes	. Pobre o mala comunicación entre padres e hijos
. Frecuentes mudanzas/ cambios residencia	. Vivir apartado de los padres
. Relaciones pobres/deficitarias con iguales	

Tabla 3. Factores de riesgo individuales.

Demográficos	Ancianos y adolescentes Hombres Alumnos de secundaria Enfermedades: hipertensión arterial, diabetes y cáncer	Estrato económico pobre Áreas urbanas Ateos y protestantes
Biológicos	Disfunción serotoninérgica Disminución ácido homovalínico (precursor de dopamina) Disfunción dopaminérgica	Hiperactividad del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal Hipoxia crónica VIH
Genéticos	Polimorfos en el gen de la triptófano hidroxilasa	Marcadores GRIK2 y GRIA3
Psicológicos y cognitivos	Impulsividad Perfeccionismo socialmente prescrito Pensamientos e ideas suicidas Rechazar su cuerpo Apego inseguro Déficit de habilidades de resolución de problemas Falta de restricciones religiosas o morales contra el suicidio	Agresividad Desesperanza Hostilidad Baja autoestima Sentimientos de fracaso Inhibición emocional Estrés agudo Dolor psicológico Déficit de la función ejecutiva Bajo nivel del competencia
Psiquiátricos	Intento de suicidio previo Trastorno bipolar Trastorno de personalidad Conducta alimentaria Trastorno de Déficit de atención por hiperactividad Enfermedades físicas incapacitantes, terminales, dolorosas	Depresión Abuso de sustancias (alcohol y drogas) Esquizofrenia Trastornos de ansiedad Problemas de sueño Síndromes orgánicos cerebrales Distimia
Otros	Orientación sexual (Homosexual) Aislamiento social	Fracaso escolar Fácil acceso a los métodos de suicidio (armas de fuego, altas dosis de medicación)

Tabla 4. Factores precipitantes.

. Acontecimientos vitales estresantes	. Imitación de algún modelo de fantasía
. Falta de comunicación familiar	. Pérdidas financieras
. Intoxicación por consumo de sustancias aguda.	. Facilidad de acceso a aquellos métodos de mayor letalidad
. Duelo reciente	. Exclusión social
. Anticipación de un castigo	. Problemas en el grupo de iguales
. Crisis con los padres o familiares	. Fracaso o dificultades escolares
. Factores personales o psicológicos de la persona	. Exposición o contagio reciente de un suicidio
. Interacción con un familiar psicótico	. Conflicto sentimental
. Carencias de afecto y cohesión familiar	

Tabla 5. Factores protectores.

. Cohesión familiar / con grupo de iguales	. Buenas relaciones interpersonales
. Nivel educativo	. Estrategias de afrontamiento positivas
. Autoconcepto positivo	. Autorregulación y flexibilidad cognitiva
. Autocontrol emocional	. Estilo atribucional positivo
. Valores/actitudes positivas hacia suicidio	. Habilidades resolución problemas
. Mujeres	. Tener creencias religiosas y culturales
. Apoyo familiar y comunitario	. Locus de control interno
. Buena autoestima	. Inteligencia
. Habilidades para formar razones para vivir.	. Tener apoyo y recursos de tipo social, comunitario, sanitario y educativo

Comorbilidad

Los trastornos mentales asociados son muy frecuentes en aquellas personas que han realizado o tienen la intención de quitarse la vida. Así, detrás del 90% de los suicidios se encuentra una enfermedad mental (Soler y Gascón, 1999). La comorbilidad del suicidio con otros trastornos no se limita sólo a los trastornos del Eje I sino que también se puede encontrar con trastornos del Eje II según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales; y además el riesgo de suicidio aumenta linealmente con el número de trastornos asociados a él. Cabe destacar que muchos factores de riesgo son comunes a estos trastornos mentales y el suicidio.

La mayoría de suicidios se han asociado con trastornos del estado de ánimo, especialmente con síntomas depresivos (depresivos mayo-

res o graves con o sin síntomas psicóticos). El 15% de pacientes que padecen una depresión mayor terminan llevando a cabo un suicidio. Se han encontrado estudios que muestran que la combinación de síntomas depresivos con comportamiento antisocial es la que más prevalencia tiene con el suicidio adolescente. El trastorno bipolar también se asocia con un alto riesgo de suicidio, siendo más alto el riesgo de suicidio completo en trastorno bipolar que en depresión. Además de éstos, la distimia y el síntoma de desesperanza se pueden considerar como síntomas de alto riesgo, siendo la desesperanza aquella que aumenta la letalidad de los suicidios.

En cuanto a los trastornos esquizofrénicos, se encuentra que la primera causa de muerte en jóvenes con esquizofrenia es el suicidio, siendo éste junto con la depresión y el abuso de sustancias los trastornos mentales más prevalentes e importantes en relación con el suicidio. De esta manera, los trastornos relacionados con sustancias como el abuso o dependencia de alcohol así como otras drogodependencias aumentan el número de suicidios consumados.

Otros trastornos asociados al suicidio son los trastornos de personalidad, con una prevalencia del 25% de personas con trastorno de la personalidad que han intentado suicidarse, siendo los más importantes el trastorno límite de la personalidad, trastorno antisocial, histriónico y narcisista. Por último en el estudio de Cornellà (2012), también se destacan como trastornos asociados los trastornos de ansiedad y trastornos alimentarios (anorexia y bulimia), estando este último junto con la depresión asociados a un riesgo de suicidio elevado, estimado en 20 veces mayor. Cabe destacar que la presencia de algún trastorno de ansiedad junto con depresión, abuso de sustancias o trastorno límite de la personalidad multiplica el riesgo de suicidio, además de empeorar la respuesta terapéutica (Soler y Gascón, 1999).

Evaluación

Los instrumentos más empleados según la literatura, y con mayor validez y fiabilidad son los que se presentan en la Tabla 6. Otros instrumentos, los cuales han sido encontrados y estudiados con menor frecuencia son:

- Inventario de Riesgo suicida para Adolescentes (IRIS; Hernández y Lucio, 2003).
- Escala de Acontecimientos Vitales de St. Paul Ramsey (St. Paul Ramsey Life Experience Scale; Rush, First y Blacker, 2000)
- Escala de Evaluación del Suicidio (SUAS; Träskman-Bendz y Stanley, 1986).
- Autopsia psicológica (Antón-San-Martín et al., 2013).
- Cabe destacar un protocolo breve de evaluación del suicidio relevante (García-Nieto et al., 2011) que demuestra una buena fiabilidad. Dicho instrumento es llamado Protocolo breve de evaluación del suicidio, y estudia variables relacionadas con la conducta suicida. Este protocolo además de aportar datos sociodemográficos y clínicos del sujeto incluye una serie de instrumentos como:
 - Acontecimientos vitales estresantes (List of Threatening Experiences, LTE).
 - DSM-IV-TR. Problemas psicosociales.
 - Escala de evaluación de la actividad global (EEAG).
 - Escala de intencionalidad suicida de Beck (Suicide Intent Scale, SIS).
 - Escala de Ideación suicida (Scale for Suicidal Ideation, SSI).
 - Letalidad del intento de suicidio (Lethality Rating Scale, LRS).

Tratamiento psicológico

Muchos estudios han mostrado que en el tratamiento del niño o del adolescente están presentes una serie de dificultades. A pesar

Tabla 6. Instrumentos psicométricos.

Instrumento	Autor	Nº ítems	Objetivos y Modo de aplicación
Cuestionario de Riesgo suicida (Risk of Suicide Questionnaire, RSQ)	Horowitz, Wang, Koocher y Burr (2001)	14 tipo Likert de 7 puntos Versión breve: 4 ítems	Detectar riesgo y conducta suicida en niños y adolescentes de personal no especializado Heteroaplicada
Cuestionario de Ideación Suicida (SIQ)	Horowitz et al. (2001)	4 ítems	Detectar riesgo suicida en niños y toma de decisiones de personal no especializado Heteroaplicada
Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI)	Beck (1961)	21 ítems Versión breve: 13 ítems	Evaluar sintomatología depresiva Autoaplicada
Escala de desesperanza de Beck (Beck Hopelessness Scale, BHS)	Beck, Weissman y Lester (1974)	20 ítems de verdadero o falso	Evaluar grado de desesperanza Indicador indirecto de intentos de suicidio Autoaplicada
Escala de Intencionalidad Suicida (Suicidal Intent Scale, SIS)	Beck, Weissman y Lester (1974)	15 ítems	Evaluar intencionalidad suicida Heteroaplicada
Escala para la Ideación Suicida (SSI)	Beck, Kovacs y Weissman (1979)	19 ítems	Evaluar variables cognitivas en relación con el riesgo suicida Entrevista semi-estructurada

de ello, según la Guía de práctica clínica de la depresión mayor en la infancia y adolescencia (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009), la Terapia Dialectico-Conductual (TDC) es eficaz en dicha población. La TDC es una variante de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC), la cual fue diseñada para abordar trastornos de personalidad; sin embargo en la actualidad ha sido adaptada para poder tratar a niños y a adolescentes con ideación o conducta suicida. Estudios como el de Soler y Gascón (1999) señalan que la TDC es eficaz para aquellas personas con trastorno de personalidad, con un descontrol de impulsos, ira, inestabilidad emocional y asertividad interpersonal y que la TCC se ha mostrado eficaz para reducir el suicidio en personas con depresión.

Tratamiento farmacológico

Para el tratamiento de la depresión en niños y adolescentes, así como en los trastornos de ansiedad con ideas y riesgo de suicidio, se emplean fármacos antidepressivos. A pesar de que aún no existe evidencia, los ISRS y en concreto la fluoxetina podría tener un efecto inhibitorio de las ideas suicidas y sobre la impulsividad (Soler y Gascón, 1999). Según la Guía de práctica clínica para la depresión mayor en la infancia y en la adolescencia (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009), fármacos como litio o clozapina, han demostrado su efecto en la población adulta, en cambio en la infanto-juvenil no ha sido estudiada.

En cuanto a otras psicopatologías como el trastorno bipolar, el fármaco que ha demostrado ser efectivo en la reducción del riesgo suicida ha sido el litio. Y por último, patologías como esquizofrenia, otros trastornos psicóticos y trastornos de personalidad son utilizados los fármacos antipsicóticos de primera y segunda generación (Soler y Gascón, 1999).

Prevención del suicidio

Según la OMS (2014) una manera sistemática de dar respuesta al suicidio es establecer una estrategia nacional de prevención, la cual utilizan medidas como la vigilancia, restricción de los medios que uti-

lizan para el suicidio, directrices para los instrumentos de difusión, reducción del estigma y la captación de personal de salud, educadores y policías entre otros. De esta manera, esa estrategia nacional incluye áreas de la salud, educación, empleo, bienestar social, y justicia.

En cuanto a la población infanto-juvenil, según la Guía de Práctica clínica sobre la depresión mayor en la infancia y en la adolescencia (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009) y la Guía de práctica clínica sobre la prevención y tratamiento de la conducta suicida (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011), las intervenciones preventivas deben ser en el ámbito escolar. Las intervenciones en este ámbito consistirían en:

- *Programas de prevención basados en el currículo*, con el objetivo de aumentar los conocimientos sobre el suicidio a través de videos o presentaciones. Como el programa "Signs of suicide" (Aseltine et al., 2007), el cual se diseñó para el conocimiento además del cribado de la depresión.
- *Programas basados en el entrenamiento en habilidades sociales*, con el objetivo de detectar a aquellos jóvenes con riesgo de conducta suicida.
- *Programas de prevención de cribado basadas en el ámbito escolar*, sobre la depresión, ideación suicida y conducta suicida previa, utilizando para ello entrevistas individuales y test autoaplicados.
- *Tratamiento en el ámbito escolar*.
- *Intervenciones tras un suicidio*, con el objetivo de minimizar aquellos casos de suicidio o de intentos por aprendizaje vicario, realizadas para familiares, amigos y profesores.
- *Entrenamiento de figuras clave o Gatekeeper*, con el objetivo de formar a profesores o compañeros, para detectar el riesgo de suicidio en los adolescentes.

Además de las intervenciones en este ámbito, proponen la prevención en pacientes con trastornos mentales y la prevención de los medios de comunicación. En esta última se incluirían líneas telefónicas de ayuda, acceso a métodos y medios de comunicación e internet.

Discusión

Los resultados de esta revisión muestran que el suicidio infanto-juvenil se ha convertido en un grave problema de salud pública afectando a nivel mundial. A pesar de que las cifras de suicidio en estas edades no son las más elevadas, han aumentado de manera relevante en los últimos años, siendo una señal de alarma para los diferentes profesionales e instituciones u organismos.

Como ya se ha comprobado tras la revisión, se observa una amplia lista de factores que en la mayoría de los estudios son similares; por tanto se convierten en los más frecuentes de la literatura, como los antecedentes tanto del niño como de sus familiares, depresión, impulsividad o cambios biológicos, entre otros. Sin embargo, en los estudios más recientes se observa que a esta lista se añaden el perfeccionismo social prescrito, la exposición, es decir, el contagio social, así como la orientación sexual o el Bullying y Ciberbullying, siendo estos los menos estudiados y no por ello menos importantes. Por tanto, se ha comprobado que prevenir los diferentes factores de riesgo es de gran importancia, así como potenciar los factores protectores del individuo, que algunos de ellos promueven la resiliencia, como se ha demostrado en el estudio de Sánchez-Teruel y Robles-Bello (2014).

En cuanto a la comorbilidad se ha observado que en la población infanto-juvenil los trastornos más asociados y con mayor riesgo son la esquizofrenia y trastorno bipolar; además de la depresión, que aunque no es la más asociada con las muertes ni la más grave, ha resultado ser la más estudiada por su frecuencia.

Existe una gran variedad de escalas e instrumentos de evaluación para el suicidio para adultos, sin embargo para la población infanto-juvenil se dispone de escasos instrumentos fiables. Los más utilizados e investigados han resultado ser los instrumentos de evaluación de Beck, como el Inventario de depresión (BDI; Beck, 1961) o la escala de desesperanza (Beck, 1974); así como Cuestionario de Riesgo suicida (RSQ, Beck 2001).

En cuanto al tratamiento y prevención, destacan las técnicas Dialéctico- Conductuales, que han demostrado su eficacia en esta población (Cornellà, 2012). Sin embargo, cuando el suicidio va asociado a trastornos como la esquizofrenia o la bipolaridad, los tratamientos farmacológicos se muestran de gran importancia.

Cabe destacar que en la actualidad los esfuerzos se centran en la prevención del suicidio, como la OMS en sus últimos estudios de 2014 con su estrategia nacional de intervención. Otros estudios de gran importancia para la prevención son los que han mostrado las Guías clínicas del sistema sanitario español de 2010 y 2012, las cuales les dan una gran importancia a la prevención del suicidio en el ámbito escolar estableciendo diferentes estrategias para ello, como programas, intervenciones o tratamientos, entre otros.

Como conclusión, a pesar de las diferentes revisiones y estudios realizados que han demostrado su relevancia en el estudio del suicidio infanto-juvenil, dichos estudios no son suficientes ya que este problema cada vez se va aumentando de una manera progresiva; y por tanto, se debe seguir investigando para poder frenar, o al menos disminuir el número de casos, a partir de programas de prevención, así como tratamientos tanto a nivel psicológico como farmacológico.

Este estudio presenta una serie de limitaciones a tener en cuenta, y es que no se ha realizado una búsqueda exhaustiva de todos aquellos artículos relacionados con el suicidio. Se trata de una primera aproximación al problema para poder abordar el tema en mayor profundidad en estudios futuros.

Referencias

- Antón-San-Martín, J. M., Sánchez-Guerrero, E., Pérez-Costilla, L., Labajos-Manzanares, M. T., Diego-Otero, Y. D., Benítez-Parejo, N.,... López-Calvo, A. (2013). Factores de riesgo y protectores en el suicidio: un estudio de casos y controles mediante la autopsia psicológica. *Anales de psicología*, 29, 810-815. doi: 10.6018/analesps.29.3.175701
- Asetline, R. H., James, A., Schilling, E. A. y Glanovsky, J. (2007). Evaluation of the SOS suicide prevention program: a replication and extension. *BMC Public Health*, 7, 161. doi: 10.1186/1471-2458-7-161
- Branas, C. C., Nance, M. L., Elliot, M. R., Richmond, T. T. y Schwab, C.W. (2004). Urban-Rural Shifts in International Fireman Death: Different Causes, Same Results. *American Journal of Public Health*, 94, 1750-1755. doi: 10.2105/ajph.94.10.1750
- Beck, A. T., Steer R. A. y Brown, G. K. (1996). *BDI-II, Beck depression inventory: Manual. 2a ed.* San Antonio, Texas: Harcourt. doi: 10.1037/t00742-000
- Beck, A. T. y Steer, R. A. (1988). *Manual for the Beck Hopelessness Scale.* San Antonio: Psychological Corporation.
- Beck, R. W., Morris J. B. y Beck, A. T. (1974). Cross-validation of the Suicidal Intent Scale. *Psychological Reports*, 34, 445-446. doi: 10.2466/pr0.1974.34.2.445
- Beck, A. T., Brown, G. K., Steer R. A., Dahlsgaard, K. K. y Grisham, J. R. (1999). Suicide ideation at its worst point: a predictor of eventual suicide in psychiatric outpatients. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 29, 1-9. doi: 10.1111/j.1943-278X.1999.tb00758.x
- Bella, M. E., Fernández, R. A. y Willington, J. M. (2010). Identificación de factores de riesgo en intentos de suicidio en niños y adolescentes. *Revista Argentina de Salud Pública*, 1, 24-29.
- Bella, M. E., Fernández, R. A. y Willington, J. M. (2010). Intento de suicidio en niños y adolescentes: depresión y trastorno de la conducta disocial como patologías más frecuentes. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 108, 124-129. doi: 10.1590/S0325-00752010000200006
- Buendía, J., Riquelme, A. y Ruiz, J. A. (2004). *El suicidio en adolescentes. Factores implicados en el comportamiento suicida.* Murcia: Universidad de Murcia. EDITUM.
- Cabrejos, C., Krüger, H. y Samalvides, F. (2005). Intento de suicidio en niños y adolescentes, sus características biopsicosociales y diagnósticos psiquiátricos. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 68, 55-66.
- Cáceda, R. (2014). Suicidal behavior: Risk and protective factors. *Revista de Neuro-psiquiatría*, 77(1), 3-18.
- Cañón, S. C. (2011). Factores de riesgo asociados a conductas suicidas en niños y adolescentes. *Archivos de Medicina*, 11, 62-67.
- Cornellà, J. (2012, octubre). Conducta autodestructiva en el adolescente. Suicidio, su prevención. Trabajo presentado al *Congreso virtual Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes*, España. Resumen recuperado de <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Conducta%20autodestructiva%20en%20el%20adolescente.pdf>
- Cortés, A. (2013). Conducta suicida, adolescencia y riesgo. *Revista Cubana de Medicina Integral*, 30, 132-139.
- Devries, K. M., Mak, J. Y. T., Child, J. C., Falder, G., Bacchus, L. J., Astbury, J. y Watts, C. H. (2014). Childhood sexual abuse and suicidal behavior: A meta-analysis. *Pediatrics*, 133, 1331-1344. doi: 10.1542/peds.2013-2166
- Egger, M., Smith, G. P. y O'Rourke, K. (2001). Rationale, potentials and promise of systematic reviews. En M. Egger, G. D. Smith and D. G. Altman (Eds.), *Systematic Reviews in Health Care.* London: BMJ Publishing Group.

- García-Nieto, R., Uribe, I. P., Palao, D., Lopez-Castroman, J., Saiz, P. A., García-Portilla, M. P.,... Baca-García, E. (2012). Protocolo breve de evaluación del suicidio: fiabilidad interexaminadores. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5, 24-36. doi:10.1016/j.rpsm.2011.10.001
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011). *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida*. I. Evaluación y Tratamiento. Recuperado de http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_vol1_compl.pdf
- Ministerio de Sanidad y Política Social (2009). *Guía de práctica clínica sobre la depresión mayor en la infancia y la adolescencia*. Recuperado de http://aunets.isciii.es/ficherosproductos/sinproyecto/759_avalia07-09res.pdf
- Hernández, Q. y Lucio, E. (2003). Inventario de riesgo suicida para adolescentes IRIS, primera versión. *Reporte del examen de postulación al doctorado*. Facultad de psicología, UNAM, México.
- Hernández-Cervantes, Q. y Gómez-Maqueo, E. L. (2006). Evaluación del riesgo suicida y estrés asociado en adolescentes estudiantes mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*, 23, 45-52.
- Hewitt, P. L., Caelian, C. F., Chen, C. y Flett, G. (2014). Perfectionism stress, daily hassles, hopelessness, and suicide potential in depressed psychiatric adolescents. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 36, 663-674. doi: 10.1007/s10862-014-9427-0
- Horowitz, L., Wang, P., Koocher, G. y Burr, B. (2001). Detecting suicide risk in a pediatric emergency department: development of a brief screening tool. *Pediatrics*, 107, 1133-1137. doi: 10.1542/peds.107.5.1133
- Instituto Nacional de Estadística (INE) (2008). Defunciones según la causa de muerte [Base de datos en Internet]. Madrid: Autor. [Citado 17 abr 2008]. Recuperado de <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p417&file=inebase&L=0>.
- Instituto de Salud de México (2005). *Salud México 2004. Información para la rendición de cuentas*. Segunda edición. Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/saludmex2004/sm2004.pdf>.
- Instituto Nacional de Estadística (INE) (2015). *El suicidio: nuevamente la primera causa externa de muerte, según la INE*. Infocop Online-Consejo General de Psicología en España. Recuperado de http://www.infocop.es/view_article.asp?id=5555&cat=44.
- Jiménez, M., Hidalgo, J., Camargo, C. y Dulce, B. (2014). El intento de suicidio en la población pediátrica, una alarmante realidad. *Revista Científica de Salud*, 12, 59-83. doi:10.12804/revsalud12.1.2014.05
- Leclercq, Y. (2002). La influencia de la comorbilidad en la prevalencia de la conducta suicida. *The European Journal of Psychiatry*, 9, 90-94.
- Liotta, M., Mento, C. y Settineri, S. (2015). Seriousness and lethality of attempted suicide: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior*, 21, 97-109. doi:10.1016/j.avb.2014.12.013
- Miranda, I., Cubillas, M. J., Román, R. y Abril, E. (2009). Ideación suicida en población escolarizada infantil: factores psicológicos asociados. *Salud Mental*, 32, 495-502.
- Niméus, A., Alsén, M. y Träskman-Bendz, L. (1986). La Escala de Evaluación del Suicidio: un instrumento que evalúa el riesgo de suicidio de personas que han intentado quitarse la vida. *The European Journal of Psychiatry*, 15, 416-423.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2012). *Estadísticas Sanitarias Mundiales 2012*. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2012/es/. doi: 10.2471/BLT.10.084327
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2012). *Informe sobre suicidios: cifras, causas y países que más lo padecen*. Recuperado de <http://es.sott.net/article/16180-Informe-sobre-suicidios-cifras-causas-y-paises-que-mas-lo-padecen>.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2014). *Prevención del suicidio. Un imperativo global*. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/es/.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2008). *Preventing suicide a resource for media professionals department of mental health and substance abuse world health*. International Association for Suicide Prevention. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/resource_media.pdf.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2012). *Public Health Action for the Prevention of suicide*. Suiza: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75166/1/9789241503570_eng.pdf.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1986). *Working Group on Preventive Practices in Suicide and Attempted Suicide 1986 York, UK*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Recuperado de [http://whqlibdoc.who.int/euro/-1993/ICP_PSF_017\(S\)](http://whqlibdoc.who.int/euro/-1993/ICP_PSF_017(S)).
- Palacios-Espinosa, X., Barrera, A. M., Ordóñez, M. y Peña, M. E. (2007). Análisis bibliométrico de la producción científica sobre suicidio en niños en el período 1985-2005. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 25, 40-62.
- Pérez-Amezcu, B., Rivera-Rivera, L., Atienzo, E. E., De Castro, F., Leyva-López, A. y Chávez-Ayala, R. (2010). Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República mexicana. *Salud Pública de México*, 52, 324-333. doi:10.1590/S0036-36342010000400008
- Pérez-Costillas, L., Blasco-Fontecilla, H., Benítez, N., Comino, R., Antón, J. M., Ramos-Medina, V.,... Diego-Otero, Y. (2014). Clusters de casos de suicidios espacio-temporal en la comunidad de Antequera (España). *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 9, 26-34. doi: 10.1016/j.rpsm.2014.01.007
- Pérez-Olmos, I., Rodríguez-Sandoval, E., Dussán-Buitrago, M. M. y Ayala-Aguilera, J. P. (2007). Caracterización psiquiátrica y social del intento suicida atendido en una clínica infantil, 2003-2005. *Revista de Salud Pública*, 9, 230-240. doi: 10.1590/S0124-00642007000200007
- Peña, L. Y., Casas, L., Padilla de la Cruz, M., Gómez, A. y Gallardo, M. (2002). Comportamiento del intento suicida en un grupo de adolescentes y jóvenes. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 31, 182-187.
- Pianowski, G., de Oliveira-Fernandes, E. S. y Baptista, M. N. (2015). Revisión de ideación, comportamiento suicida y medidas de evaluación psicológicas. *Psicología desde el Caribe*, 32, 81-120. doi: 10.14482/psdc.32.1.5872
- Picazo-Zappino, J. (2014). El suicidio infanto-juvenil: una revisión. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 42, 125-132.
- Rivera, G. (2008). Evaluación del riesgo suicida en la práctica médica. *Boletín Epidemiológico de Salud Mental*. Recuperado de http://huila.gov.co/documentos/E/evaluacion_riesgo_suicidio.pdf
- Robles, R., Páez, F., Ascencio, M., Mercado, E. y Hernández, L. (2005). Evaluación del riesgo suicida en niños: propiedades psicométricas de la versión en castellano del Cuestionario de Riesgo Suicida (RSQ). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 33, 292-297.
- Romero, R. (2012). La depresión y el suicidio en niños y adolescentes. *Revista Arquetipos*, 29, 14-16.
- Rush, A., First, M. y Blacker, D. (2000). *Handbook of Psychiatric Measures*. Washington DC: American Psychiatric Publishing Inc.
- Sánchez-Teruel, D. y Robles-Bello, M. A. (2014). Factores protectores que promueven la resiliencia ante el suicidio en adolescentes jóvenes. *Papeles del Psicólogo*, 35, 181-192.
- Sánchez, R., Orejarena, S. y Guzmán, Y. (2004). Características de los suicidas en Bogotá: 1985-2000. *Revista de Salud Pública*, 6, 217-233. doi: 10.1590/s0124-00642004000300001

- Soler, P. A. y Gascón, J. (1999). Recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales. *Comité de consenso de Catalunya en terapéutica de los trastornos mentales*, 4, 2-17.
- Stanley, B., Träskman-Bendz, L. y Stanley, M. (1986). The Suicide Assessment Scale: a scale evaluating change in suicidal behavior. *Psychopharmacology Bulletin*, 22, 162-165.
- Varela, A., Castillo, E., Isaza, M. y Castillo, A. (2008). *Intento Suicida-Vigilancia Epidemiológica*. Cali: Grupo de Salud Mental, Secretaria de Salud Pública Municipal.
- Vianchá, M. A., Bahamón, M. J. y Alarcón, L. L. (2013). Variables psicosociales asociadas al intento suicida, ideación suicida y suicidio en jóvenes. *Revista Tesis Psicológica*, 8, 112-123.
- Zelaya de Migliorisi, L., Piris de Almirón, L. y Migliorisi, B. (2012). Intentos de suicidio en niños y adolescentes. ¿Máscara de maltrato infantil? *Pediatría (Asunción)*, 39, 167-172.

SUICIDIO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES. UNA PROBLEMÁTICA DE LA SALUD MENTAL Y DE LA SALUD PÚBLICA.

Dra. Liliana Moneta

Vicepresidenta de la Asociación Argentina de Salud Mental (AASM). Buenos Aires, Argentina

El suicidio en niños y adolescentes es un problema que ha ido in crescendo durante estos últimos años.

Se considera la tercera causa de muerte entre los adolescentes entre 15 a 24 años, y la séptima en la franja etárea comprendida entre los 8 a 14 años de edad.

En Argentina, de acuerdo a las últimas cifras del Ministerio de Salud de la Nación, el suicidio tiene una tasa del 7.2 por 100.000 habitantes. La cifra supera a la de muerte por homicidios, que actualmente es de 5.2.

Según la OMS: "Esto constituye un serio problema de salud pública en las Américas. Debemos cambiar las actitudes de la sociedad hacia las enfermedades mentales y el comportamiento suicida para que las personas en riesgo o sus familias no sientan temor, vergüenza o discriminación a la hora de pedir o buscar ayuda".

Un análisis de las redes reveló que **las búsquedas en Google relacionadas con quitarse la vida sumaron entre 900.000 a 1.500.000** entre las cuales se destacaban "prevención del suicidio" (un 23%), "línea directa contra el suicidio" (un 12%) o "canciones sobre suicidio" (60%), pero también "cómo cometer suicidio" (que creció un 26%), "suicidarse" (un 18%) o "cómo matarse" (un 9%). Pese a que se trata de un proceso individual y muchas veces oculto, siempre hay indicios de que una persona, bajo un cuadro de depresión, necesita ayuda de su entorno cercano o profesionales de la salud.

Depresión y Tendencias suicidas son desórdenes mentales que se pueden tratar. Por ello es importante su reconocimiento, como el de las causas que la originan para realizar un diagnóstico e instaurar una terapéutica adecuada, como así también implementar herramientas en prevención que ayuden a minimizar o suprimir un desenlace letal.

La sintomatología que nos alertará sobre tal situación será la siguiente:

1- Cambios en los hábitos del sueño y la alimentación.

- 2- Retraimiento de sus pares, de su familia o de sus actividades cotidianas.
- 3- Actuaciones violentas, comportamientos rebeldes o huidas del hogar.
- 4- uso de drogas y/o bebidas alcohólicas.
- 5- abandono extremo de su aspecto personal.
- 6- cambios marcados de personalidad.
- 7- aburrimiento persistente, dificultades para concentrarse y en el rendimiento escolar.
- 8- quejas somáticas frecuentes e inespecíficas. Asociadas al estado emocional.
- 9- pérdida de interés en sus pasatiempos y distracciones habituales.
- 10- poca tolerancia a los elogios y premios.
- 11- quejarse o sentirse una 'mala persona'.
- 12- frases como: "no seguiré siendo un problema" "no molestaré a nadie más" "no me importa nada".
- 13- poner en orden sus cosas.
- 14- regalar sus pertenencias favoritas.
- 15- limpiar su cuarto.
- 16- despojarse de cosas que le son importantes.
- 17- ponerse contento después de haber transitado un período depresivo.
- 18- tener síntomas psicóticos (alucinaciones y/o delirios)

Es importante aclarar que cuando dicen que se van a matar, no es un simple llamado de atención. Quizás no se quieran matar realmente, pero habrá que tener cuidado con la tendencia a la actuación que presentan los jóvenes.

Como desencadenantes de situaciones con alto componente de letalidad (suicidio y conductas autoinjuriantes), resulta un hallazgo frecuente:

- a- El divorcio parental.
- b- La formación de una nueva familia. Familia ensamblada con nuevos hermanos.
- c- mudanzas.
- d- violencia familiar.
- e- Abuso psicológico y sexual.
- f- bullying.

Existirían FACTORES DE RIESGO y FACTORES PROTECTORES a relevar, tanto porque podrían aumentar el riesgo de suicidio como así también, atemperarlo.

En relación con los FACTORES DE RIESGO, ellos son:

- 1- Sociedad actual, que es una “Cultura de riesgo”.
- 2- El “Cultivo a la Imágen”. Haciendo un “Culto de la estética”. “Culto al Hedonismo”
- 3- Promiscuidad.
- 4- Consumos problemáticos.
- 5- Aspectos personales (características de personalidad).
- 6- Psicopatología (depresión y estrés excesivo).
- 7- Baja autoestima.
- 8- Familia disfuncional (pobre interacción comunicacional entre sus miembros, violencia intrafamiliar, antecedentes psiquiátricos familiares).
- 9- Calidad Comunitaria (pertenencia a grupos con conductas de riesgo, falta de red institucional).
- 10- Calidad Educativa (alta deserción escolar).
- 11- Locus de control externo.
- 12- Bajo nivel de resiliencia.
- 13- Fallas en el vínculo primario (Vínculo madre – hijo). Amenaza de riesgo en el proceso de subjetivación.

Los FACTORES PROTECTORES son factores bio-psico-familiares y sociales detectables en un individuo que favorecen el desarrollo humano y el mantenimiento y/o recuperación de la salud. SU DETECCIÓN TEMPRANA DISMINUYE LA VULNERABILIDAD.

Dentro de los FACTORES PROTECTORES se encuentran:

- 1- Familia continente con buena comunicación interpersonal. Flexibles. Con relaciones emocionales estables.
- 2- Alta autoestima.
- 3- Proyecto de vida elaborado y fuertemente internalizado.
- 4- Locus de control interno, bien establecido.
- 5- Alto nivel de resiliencia.

- 6- Sentido vital elaborado.
- 7- Modelos sociales que motive el afrontamiento constructivo.
- 8- Tener responsabilidades sociales dosificadas a la vez que, exigencias de logro, competencias cognitivas y nivel intelectual promedio.
- 9- Haber vivido experiencias de autoeficacia, auto confianza.
- 10- Contar con una autoimagen positiva.
- 11- Asignar significación subjetiva y positiva al estrés.
- 12- Poseer estrategias de afrontamiento dirigidas a la resolución de problemas.
- 13- Invertir tiempo en conseguir amistades estables.
- 14- Realizar actividades recreativas y lúdicas (físicas, deportivas, culturales, plásticas, musicales, literarias).

Al considerar al suicidio y las conductas autoinjuriantes como el resultado de múltiples causas y productos de una etiología compleja, en los cuales convergen factores de riesgo y protectores es que se pensarán y planificarán estrategias y recursos que ayuden a promover 'estilos de vida saludables' tendientes a disminuirlos y/o evitarlos. Y para tal fin es imprescindible actuar a diferentes niveles, tanto intersectoriales como disciplinares. Apuntando a una cooperación en RED entre los distintos estamentos gubernamentales y no gubernamentales, y apuntando a la intervención interdisciplinaria. Actualmente ese el trabajo que se realiza en el ámbito de la Salud Mental Infanto Juvenil, o al menos se intenta llevar a cabo para no incurrir en la institucionalización de niños y adolescentes, lo cual puede constituir a futuro una marca estigmatizante para los mismos, si bien en algunos casos en donde predominan los factores de riesgo y no contando con una contención adecuada que parte principalmente del entorno familiar, es que se procederá a su internación contemplando que sea de una duración acotada para re insertarlo nuevamente en la sociedad, ítem crucial para evitar su marginación en todo sentido.