

# 9. El suicidio en la infancia y en la adolescencia

## **Preguntas para responder:**

- ¿Cuáles son los factores de riesgo de suicidio en la infancia y en la adolescencia?
- ¿Cuáles son los aspectos fundamentales del tratamiento de la ideación y de la conducta suicidas?
- ¿Qué intervenciones son eficaces para la prevención de la conducta suicida en niños y adolescentes con depresión mayor?

## 9.1. Suicidio: conceptualización

La OMS define el suicidio como “un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados” y el parasuicidio, como “un acto sin resultado fatal mediante el cual, sin ayuda de otros, una persona se auto-lesiona o ingiere sustancias con la finalidad de conseguir cambios a través de las consecuencias actuales o esperadas sobre su estado físico”<sup>215</sup>.

Para operativizar los conceptos y la terminología acerca del suicidio, es frecuente realizar una distinción entre<sup>216</sup>:

- **conducta suicida:** espectro de conductas con fatal desenlace o no, que incluyen tentativa de suicidio o suicidio.
- **ideación suicida:** pensamientos que pueden variar desde ideas como que la vida no merece la pena, hasta planes bien estructurados sobre cómo morir o intensas preocupaciones autolesivas.

También se ha propuesto que la conducta suicida podría considerarse un *continuum* que va desde aspectos cognitivos como la ideación suicida y planificación, hasta los conductuales, como el intento de suicidio o suicidio<sup>216-220</sup>.

Un aspecto clave de la conducta suicida es su intencionalidad, por lo que algunas definiciones que suelen emplearse para concretar el tipo de conducta suicida hacen referencia a la intención de la conducta:

- **suicidio frustrado:** existiendo una verdadera intencionalidad autolítica, algunas circunstancias no previstas por el sujeto impiden la consumación del suicidio<sup>221</sup>.
- **conducta autolesivas:** lesiones autoinflingidas que producen un daño corporal manifiesto sin llegar a comprometer la vida del paciente<sup>221</sup>. Este comportamiento autolesivo consiste en infligirse el daño corporal sin intencionalidad suicida.
- **amenaza de suicidio:** se utiliza para definir aquellas expresiones manifiestas que indican a otros la intención de llevar a cabo un suicidio. Pueden ir acompañadas de acciones para iniciar el suicidio<sup>222</sup>.

Un término que también se emplea con frecuencia es el de contagio, que se utiliza para definir aquellos suicidios que ocurren en breve espacio de tiempo en un sector determinado, generalmente en una comunidad o escuela<sup>216</sup>.

## 9.2. Epidemiología del suicidio

El suicidio en la adolescencia se ha convertido en un serio problema de salud pública<sup>223</sup>. A pesar de ello, la mayoría de los estudios epidemiológicos no abordan la adolescencia de forma independiente y existe cierto solapamiento de edades en cuanto a los grupos establecidos. Además, en la infancia el suicidio es un hecho excepcional por lo que algunos estudios no contabilizan a los menores de 15 años por el escaso número de casos<sup>224, 225</sup>. Según las estimaciones de la OMS (tabla 21), a nivel mundial uno de los datos más preocupantes es el aumento en las tasas de suicidio que se está produciendo entre los jóvenes (15-24 años), que se sitúa como una de las tres causas de muerte más frecuentes en este grupo de edad. La mayoría de los estudios nacionales e internacionales han puesto de manifiesto este incremento en edades jóvenes, sobre todo en varones.

España se sitúa entre los países con las tasas de suicidio más bajas de Europa<sup>36, 226</sup> (tablas 21 y 22), aunque una característica de nuestro país es la existencia de una evolución ascendente global (tabla 23), mientras que en la mayoría de los países se está produciendo un descenso o una estabilización de las tasas<sup>224</sup>.

En un estudio comparativo de la evolución del suicidio se observó que los países de la antigua Unión Soviética y Finlandia presentan las tasas de

suicidio más elevadas del mundo, mientras que Grecia presenta las tasas de suicidio más bajas<sup>227</sup>.

**Tabla 21. Tasas de suicidio (x 100 000 habitantes) según edad, sexo y año más reciente disponible**

Región	País	Año	5-14			15-24		
			Total	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer
África	Mauritania	2004	0,0	0,0	0,0	8,2	11,2	5,2
	Zimbabue	1990	0,5	0,5	0,5	12,5	13	12,1
América del Norte	Canadá	2002	0,9	0,9	0,9	11,5	17,5	5,2
	EE.UU.	2002	0,6	0,9	0,3	9,9	16,5	2,9
América del Sur	Argentina	2003	0,9	1,1	0,7	12,4	19,2	5,5
	Cuba	2004	0,5	0,6	0,3	5,4	7,7	3,1
Europa	España	2004	0,3	0,5	0,1	4,3	6,4	2,1
	Finlandia	2004	0,8	1,2	0,3	21,7	33,1	9,7
	Francia	2003	0,4	0,7	0,2	8,1	12,5	3,7
	Grecia	2004	0,2	0,4	0,0	1,7	3,0	0,3
	Italia	2002	0,2	0,2	0,2	4,1	6,5	1,5
	Lituania	2004	1,6	2,7	0,5	25,5	42,9	7,4
	Suecia	2002	0,6	0,7	0,5	9,7	14,6	4,5
	Reino Unido	2004	0,1	0,1	0,1	5,2	8,0	2,3
Región Mediterráneo oriental	Irán	1991	0,0	0,0	0,0	0,3	0,4	0,2
	Kuwait	2002	0,0	0,0	0,0	0,6	1,2	0,0
Región Pacífico occidental	China	2004	0,6	0,5	0,8	12,2	15,4	9,0
	Japón	2004	0,4	0,4	0,4	12,8	16,9	8,4
Sudeste asiático	Sri Lanka	1991	2,5	3	2	50,5	59	42
	Tailandia	2002	0,6	0,6	0,5	8,9	13,8	3,8

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la OMS<sup>36</sup>

**Tabla 22. Número de suicidios por edad y sexo en España. Años 2005 y 2006**

	Ambos sexos		Varones		Mujeres	
	2005	2006	2005	2006	2005	2006
Todas las edades	3 399	3 234	2 570	2 504	829	730
< de 15 años	7	5	4	2	3	3
15-19 años	66	50	52	34	14	13

Fuente: elaboración propia a partir de datos del Instituto Nacional de Estadística (INE)<sup>226</sup>

**Tabla 23. Número de defunciones por suicidio, tasas específicas (x 100 000 habitantes) y PCA\* según sexo y edad en España (período 1986-2001). Grupo de edad: 15-24 años**

	<b>Varón</b>	<b>Mujer</b>
<b>Defunciones (n)</b>	3 861	899
<b>Tasas específicas</b>	7,44	1,81
<b>PCA</b>	0,18 (-0,5 a 0,88)	-0,62 (-2,04 a 0,81)

\*PCA: porcentaje de cambio; IC del 95%.

Fuente: elaboración propia a partir de Arán Barés et al <sup>224</sup>

Una de las características más notables en la epidemiología del suicidio en el siglo XX es su elevación en los varones jóvenes de los países industrializados. Así, la evolución temporal del suicidio en Inglaterra y Gales muestra un aumento de las tasas de suicidio, sobre todo en el período 1970-1990. Sin embargo, tras este aumento se observó un descenso año a año de las tasas, sobre todo en el grupo de edad de 15 a 24 años. En mujeres, las tasas se mantuvieron estables a lo largo del tiempo y en el s. XXI son las más bajas de todo el período analizado. Estas fluctuaciones se han relacionado con variaciones en factores de riesgo, y en concreto, los cambios favorables, con una mejor política sanitaria y con los aumentos de los niveles de empleo<sup>228</sup>.

En cuanto a intentos de suicidio, existen problemas en la recogida de datos, por lo que la estimación de las cifras reales resulta difícil<sup>227</sup>. Los intentos de suicidio son más comunes en el sexo femenino (aproximadamente 1,6:1). Se estima que cada año aproximadamente 2 millones de adolescentes se intentan suicidar en EE.UU. y apenas 700 000 reciben atención médica por este motivo<sup>222</sup>. En España existen pocos datos sobre los intentos de suicidio y su relación con el suicidio consumado. En un estudio reciente en el que se compararon diferentes variables en adolescentes y adultos, se encontró que los intentos de suicidio en adolescentes se realizan de forma más impulsiva, dependen de la disponibilidad de los métodos y con frecuencia no hay psicopatología grave asociada ni deseo de muerte o certeza de esta<sup>229</sup>.

### 9.3. Factores de riesgo

Se han analizado variables de muy diferente naturaleza como factores de riesgo implicados en la vulnerabilidad para el desarrollo de ideación y conductas suicidas y, aunque se desconoce el peso de cada uno por separado y las interacciones que puedan establecer entre sí, hay cierto consenso sobre los que a continuación se relacionan (tabla 24).

### 9.3.1 Factores individuales

#### *Depresión:*

Se ha asociado frecuentemente a la conducta e ideación suicida<sup>216</sup>. Así, en niñas, la presencia de depresión mayor es el factor de riesgo más importante, seguido del intento de suicidio previo, mientras que en niños, es el intento de suicidio previo, seguido de depresión, abuso de sustancias y trastornos de conducta<sup>222</sup>.

La presencia de sintomatología depresiva aumenta el riesgo en ambos sexos<sup>70,218</sup>, y se observa que los trastornos depresivos están presentes en el 49%-64% de los adolescentes que se suicidan y que es la patología más prevalente<sup>219</sup>. En una revisión sobre el tema, se habla de que la depresión mayor incrementa el riesgo de suicidio hasta 12 veces, especialmente si la desesperanza es uno de los síntomas<sup>70</sup>.

En un estudio realizado en España con escolares de 8 a 12 años, se puso de manifiesto que tanto la ideación como la intencionalidad suicida están asociadas a una mayor sintomatología depresiva<sup>230</sup>.

#### *Otros trastornos mentales:*

Cerca del 60% de niños y del 90% de los adolescentes con conducta suicida, presentan al menos un trastorno mental en el momento del intento o suicidio consumado<sup>219</sup>. Los que más se han relacionado son los trastornos afectivos, aunque también el abuso de sustancias y la conducta antisocial. Es frecuente encontrar varios trastornos comórbidos<sup>218</sup> y cuanto mayor es el número de estos, más aumenta el riesgo de suicidio<sup>216</sup>.

La tentativa de suicidio se ha relacionado con los trastornos de alimentación en mujeres adolescentes (sobre todo en las de mayor edad), con los trastornos de conducta en los hombres y con el abuso de tóxicos en ambos sexos<sup>70</sup>.

Otros autores han asociado la conducta suicida con la esquizofrenia<sup>231,232</sup>, con el trastorno bipolar<sup>219</sup>, con trastornos de la personalidad (eje II)<sup>233</sup> y con ciertos rasgos de esta (autoestima, impulsividad, ira y agresividad)<sup>216</sup>.

Los hallazgos sugieren que el diagnóstico psiquiátrico en el momento de la tentativa y la historia psiquiátrica son los factores más importantes para determinar el riesgo suicida<sup>216</sup>. También se ha relacionado el contacto con el servicio de salud mental previo<sup>233</sup>.

### *Factores psicológicos:*

Algunas variables como la rigidez cognitiva<sup>216,219,233</sup>, el déficit de habilidades de resolución de problemas y estar más centrado en el presente que orientado al futuro, se han relacionado con intento de suicidio<sup>232</sup>.

En una revisión sistemática se encontró que los adolescentes con conducta suicida previa en comparación con controles sanos o pacientes psiquiátricos, presentan un mayor déficit de habilidades de resolución de problemas, aunque estas diferencias desaparecen al controlar variables como la depresión y la desesperanza<sup>234</sup>.

La desesperanza es también un factor de riesgo relacionado tradicionalmente con la conducta suicida y se emplea frecuentemente en la práctica clínica por su utilidad y fácil detección. Sin embargo algunos autores han propuesto que la desesperanza de por sí, sin existencia de depresión, no predice una tentativa<sup>219</sup>.

También se han identificado el neuroticismo, la tendencia a atribuir a factores externos el control de su propia vida y la impulsividad como factores de riesgo en adolescentes<sup>219,233</sup>.

Con respecto al apego, algunos patrones de apego problemáticos, caracterizados por ansiedad de separación excesiva, se relacionan con ideación suicida<sup>219</sup>.

### *Intento de suicidio previo:*

La mayoría de los estudios consideran que es uno de los factores de riesgo más importantes, fundamentalmente, y como se ha mencionado anteriormente, en varones<sup>219</sup>. Algunos estudios ponen de manifiesto que aproximadamente el 50% de los adolescentes que llevan a cabo un intento de suicidio serio han cometido al menos un intento previo<sup>233</sup>.

### *Edad:*

Antes de la pubertad, tanto el suicidio como la tentativa son excepcionales, posiblemente debido a la inmadurez cognitiva que dificulta la ideación del plan y su ejecución y a que algunos niños pueden no apreciar el suicidio como un hecho irreversible. Sin embargo, aumentan en la adolescencia asociados a la presencia de comorbilidad<sup>70,219,225,233</sup>, especialmente trastornos del estado de ánimo y abuso de tóxicos<sup>219</sup>.

### *Sexo:*

Existen patrones de suicidio en cuanto al sexo<sup>70,219,225,233</sup>, pero no son iguales en todos los países. En general el suicidio es más común en varones, pero las mujeres realizan más intentos de suicidio. En España el sexo se ha considerado un factor diferencial, puesto que las tasas de suicidio llegan a ser hasta tres veces más altas en varones que en mujeres en todos los grupos de edad<sup>224</sup>.

### *Factores genéticos y biológicos:*

La disminución de ácido homovalínico (precursor de la dopamina) en el líquido cefalorraquídeo<sup>219,222,233</sup>, cambios en el metabolismo de la serotonina<sup>218,219,231,233,235,236</sup> y la presencia de polimorfismos en el gen de la triptófano hidroxilasa<sup>219</sup> se han relacionado con la conducta suicida. Por su parte, los marcadores GRIK2 y GRIA3, localizados en genes que codifican los receptores ionotrópicos del glutamato, se han asociado con la ideación suicida. Esto es consistente con la evidencia que existe sobre el efecto de los antidepresivos en la señalización del glutamato<sup>235</sup>.

## 9.3.2. Factores familiares y contextuales

### *Psicopatología de los progenitores:*

La historia familiar de suicidio, la psicopatología y el abuso de tóxicos de los padres se ha asociado frecuentemente a conducta suicida<sup>70,216,233,237</sup>.

### *Estructura o funcionamiento familiar:*

Vivir apartado de los dos padres se ha asociado con incremento de la prevalencia del fenómeno suicida; sin embargo, no se encontró asociación con la muerte de uno o ambos padres<sup>218</sup>. Algunos estudios han sugerido que las mujeres son menos reactivas a factores estresantes familiares que los varones<sup>233</sup> y también se han relacionado bajos niveles de comunicación padres-hijos con ideación y conducta suicida<sup>70,219</sup>.

### *Acontecimientos vitales estresantes:*

Se han relacionado con ideación y conducta suicida<sup>70,216,219,233,237</sup>. Los adolescentes con patología psiquiátrica pueden percibir ciertas situaciones como más estresantes de lo normal y a su vez, la presencia de sucesos estresantes puede ser el resultado de una conducta desadaptativa<sup>219</sup>.

### *Factores sociales y nivel educativo:*

Se ha encontrado una asociación entre bajo estatus socioeconómico y bajo nivel educativo con conducta suicida<sup>216, 233</sup>. El rendimiento académico bajo ha sido asociado a ideación suicida y el tener una actitud negativa acerca de la escuela y la actividad escolar, con un incremento de la prevalencia del fenómeno suicida<sup>218</sup>.

### *Exposición:*

La exposición a casos de suicidio cercanos (efecto de “contagio”) o a determinado tipo de información en los medios de comunicación sobre suicidios, también se ha asociado al suicidio<sup>70, 216, 218, 237</sup>.

### *Red social:*

Se ha encontrado asociación entre las relaciones pobres o deficitarias con el grupo de iguales y la ideación suicida; también se ha encontrado asociación entre problemas en la relación con los iguales e intentos de suicidio, pero no con los grados de apoyo del grupo de iguales<sup>218</sup>. También se ha visto que la presencia de dificultades sentimentales es un factor de riesgo en mujeres adolescentes, sobre todo en las de menor edad<sup>219</sup>.

## 9.3.3. Otros factores

### *Maltrato físico o abuso sexual:*

Los niños sometidos a situaciones de abuso físico y sexual tienen alta incidencia de conducta suicida<sup>70, 218, 233</sup>. Se ha relacionado con el abuso físico y sexual, este último más en varones que en mujeres, con diferencias del 52% en varones y 2% en mujeres. El abuso sexual está relacionado con trastornos psicopatológicos y no está claro si la alta prevalencia de conducta suicida se debe al abuso en sí o a la patología<sup>219</sup>.

### *Orientación sexual:*

Se ha asociado a ideación y conducta suicida<sup>216, 218, 222, 233</sup>, pero no existe evidencia científica al respecto, fundamentalmente por la intervención de otras variables<sup>218, 222</sup>.

### *Acoso por parte de iguales (bullying):*

Se ha relacionado con conducta suicida y también con altos niveles de estrés e ideación suicida<sup>219, 222, 231</sup>.

**Tabla 24. Principales factores de riesgo de suicidio**

- Depresión mayor.
- Presencia de otros trastornos comórbidos.
- Intento de suicidio previo.
- Edad adolescente.
- Sexo masculino.
- Factores psicológicos (desesperanza, rigidez cognitiva,...).
- Factores genéticos y biológicos.
- Antecedentes psiquiátricos y suicidio en la familia.
- Sucesos vitales estresantes.
- Exposición (casos cercanos o medios de comunicación).
- Dificultades con el grupo de iguales y pareja.
- Maltrato físico y abuso sexual.
- Acoso por parte de iguales o bullying.

Fuente: elaboración propia.

## 9.4. Factores precipitantes

Se ha visto que determinados factores pueden actuar como precipitantes de la conducta suicida:

- Los acontecimientos vitales estresantes, a menudo preceden a un suicidio y/o intento suicidio. Es poco frecuente que sean causa suficiente en el suicidio, de modo que su importancia radica en que actuarían como precipitante en jóvenes con vulnerabilidad por su condición psiquiátrica<sup>216, 219, 222 236</sup>.
- Crisis con los padres<sup>236</sup>.
- Factores psicológicos/personales<sup>236</sup>.
- Conflictos familiares<sup>219</sup>.
- Problemas con el grupo de pares o iguales<sup>219</sup>.
- Dificultades escolares<sup>219</sup>.

De todas formas, estos factores precipitantes podrían cambiar con la edad; así, en niños preadolescentes las malas relaciones familiares son un factor precipitante común, y en adolescentes los conflictos con el grupo de iguales<sup>219</sup>.

## 9.5. Factores protectores

El volumen de estudios que se han centrado en los factores protectores en la infancia o adolescencia es bajo, si se compara con los múltiples estudios

sobre factores de riesgo<sup>233</sup>. Algunos factores protectores que se han propuesto son:

- Cohesión familiar y con el grupo de iguales<sup>70,216,219,233</sup>.
- Habilidades de resolución de problemas y estrategias de afrontamiento<sup>70,216</sup>.
- Actitudes y valores positivos, en particular frente al suicidio<sup>70,216</sup>.
- Sexo femenino<sup>70</sup>.
- Creencias religiosas<sup>70,219</sup>.
- Habilidad para estructurar razones para vivir<sup>70</sup>.
- Nivel educativo<sup>219</sup>.
- Locus de control interno<sup>233</sup>.
- Autoestima<sup>233</sup>.
- Inteligencia<sup>233</sup>.
- Sistemas de apoyo y recursos: apoyo social, estar en una terapia, experiencia escolar positiva y tener aficiones<sup>233</sup>.

## 9.6. Aspectos del tratamiento

### 9.6.1. Evaluación

Una vez que el niño o adolescente ha contactado con el sistema sanitario, bien a través de un servicio de urgencias o de la propia atención primaria, es necesario realizar una valoración psiquiátrica y psicosocial in situ<sup>238</sup>.

Para valorar un intento de suicidio, es importante tener en cuenta aspectos como el método utilizado y su gravedad médica (no siempre es un predictor fiable en niños y adolescentes, dado que pueden realizar un juicio erróneo de la letalidad potencial de su conducta), grado de planificación de la conducta suicida y la accesibilidad a métodos (armas de fuego, sustancias tóxicas...)<sup>222</sup>. También es importante diferenciar entre las autolesiones que se producen de forma impulsiva, de aquellas de alta letalidad y planificación, así como la existencia o no de arrepentimiento posterior.

Sobre la ideación suicida es necesario indagar acerca de aspectos como el momento de inicio y evolución, el esfuerzo realizado para no ser descubierto, la formulación de planes específicos, la motivación o intencionalidad de la conducta (llamada de atención, búsqueda de un cambio en las relaciones personales, percepción de estar viviendo una situación intolerable...) y sentimiento de desesperanza<sup>222</sup>.

Es necesario obtener información de los padres u otras personas que conozcan al niño o adolescente, puesto que la validez de las entrevistas dependerá del nivel de desarrollo cognitivo y del tipo o grado de gravedad de distrés psicológico. Es frecuente encontrar disparidad entre los datos obtenidos de los pacientes y de sus padres; normalmente los niños y adolescentes informan mejor de su ideación o conducta suicida que sus padres<sup>238</sup>.

Es también importante evaluar otros factores subyacentes que pueden indicar un mayor riesgo y orientarnos acerca de aquellos aspectos que pudiesen requerir una intervención<sup>222</sup>:

- Diagnóstico de enfermedad mental.
- Factores sociales y función cognitiva.
- Presencia de historia familiar de psicopatología.
- Historia de maltrato físico y abuso sexual.
- Abuso de tóxicos.
- Presencia de un acontecimiento vital estresante.

Por último, y de cara a tomar una decisión clínica, es importante tener en cuenta factores de riesgo como el sexo (mayor riesgo en varones), la edad (mayor riesgo en adolescentes de mayor edad), si vive solo y la existencia de ideación delirante<sup>238</sup>.

### 9.6.2. Valoración del riesgo suicida

En general, los instrumentos psicométricos que evalúan el riesgo suicida, podrían ser útiles para los profesionales que tienen contacto cotidiano con los niños y adolescentes. Normalmente este tipo de cuestionarios se centran en recabar información sobre los factores de riesgo más importantes, como son el intento de suicidio previo o la presencia de depresión mayor, por lo que podrían ayudarnos en la decisión sobre cuándo remitir al paciente a atención especializada. A pesar de que los test autoaplicados pueden ayudar, nunca pueden sustituir a la entrevista clínica, ya que por sí solos carecen de valor predictivo<sup>222</sup>.

En la práctica clínica, existen ciertos impedimentos a la hora de utilizar este tipo de métodos:

- Resultan costosos porque, en algunos casos, deben ser aplicados por personal especializado.
- En ocasiones, su adaptación y validación en castellano no ha sido realizada.

- Requieren un tiempo y formación del que algunas veces no se dispone.

### *Cuestionario de Riesgo de Suicidio*

Un cuestionario de riesgo suicida que ha sido recientemente validado (con niños y adolescentes mejicanos) es el *Risk of Suicide Questionnaire (RSQ)*. Este cuestionario fue desarrollado por Horowitz en 2001<sup>239</sup> para detectar la conducta suicida en niños y adolescentes por parte de personal no especializado. Su versión original en inglés demostró ser un instrumento con alta sensibilidad y especificidad. En su versión en castellano se encontró una moderada consistencia interna y una correlación moderada-alta con constructos que se vinculan con el riesgo suicida, como la desesperanza, por lo que el RSQ podría resultar una herramienta útil. Consta de 14 preguntas tipo Lickert de 7 puntos (a mayor puntuación, mayor riesgo suicida) y existe una versión breve con tan solo cuatro ítems, que son aquellos que tienen relación con la conducta suicida actual, ideación suicida pasada, conducta autodestructiva pasada y factores estresantes actuales<sup>240</sup>.

### *Escala de desesperanza de Beck*

La escala de desesperanza de Beck<sup>241</sup> es un instrumento diseñado para medir el grado de desesperanza, como un esquema cognitivo de expectativas negativas hacia el futuro inmediato y a largo plazo. Ha sido utilizado como indicador indirecto de los intentos de suicidio en adolescentes y ha resultado ser un instrumento válido, con alta consistencia interna y estabilidad temporal. Esta escala es de autoaplicación, consta de 20 preguntas de verdadero o falso y ha sido adaptada y validada en castellano<sup>242</sup>.

### *Escala de Intencionalidad Suicida*

Beck diseñó la *Suicidal Intent Scale (SIS)* en 1974 como escala para medir la intencionalidad suicida, pero no ha sido muy estudiada para niños y adolescentes. En España esta escala ha sido aplicada a jóvenes de entre 15 y 24 años tras una tentativa de suicidio. En este estudio se observó que los adolescentes con un trastorno afectivo con ánimo deprimido en el momento de realizar el intento de suicidio mostraron una intencionalidad suicida mayor que aquellos con otro tipo de trastorno<sup>243</sup>.

Existe otra escala diseñada por el mismo grupo en 1979 para medir ideación suicida, la *Scale for Suicide Ideation (SSI)*<sup>244</sup>, pero existe evidencia limitada de su uso en adolescentes<sup>222</sup>.

### *Inventario de Depresión de Beck*

También podría resultar útil el Inventario de Depresión de Beck (BDI) por abordar la sintomatología depresiva, ya que es un instrumento que ha demostrado ser fiable y válido para su utilización tanto en clínica como en investigación. El BDI es una escala de autoaplicación que se utiliza habitualmente para evaluar la gravedad de la enfermedad. La versión original de 1961 consta de 21 ítems y la versión abreviada de 13 ítems<sup>245</sup> y posteriormente se publicaron dos revisiones, la BDI-IA en 1979 y la BDI-II en 1996<sup>246</sup>. Esta escala fue adaptada y validada en castellano en 1975<sup>247</sup>. Este cuestionario a pesar de contar con un solo ítem (ítem 9) que mide la presencia de ideación y conducta suicida, en un ECA de psicoterapia fue el mejor predictor clínico de aparición de pensamientos o actos suicidas durante el ensayo<sup>248</sup>.

#### 9.6.3. Criterios de hospitalización

Los niños y adolescentes con ideación suicida aguda o que han llevado a cabo un intento de suicidio son frecuentemente evaluados y tratados en un primer momento en el servicio de urgencias<sup>222</sup>.

Para determinar cuándo es necesaria la hospitalización es importante realizar una evaluación del paciente en su contexto y los sistemas de apoyo disponibles. Se considera que la hospitalización es necesaria cuando el paciente presenta varios factores de riesgo y cuando el apoyo en la comunidad es limitado<sup>238</sup>.

Algunos de estos factores que podrían orientar acerca de la necesidad de hospitalización en jóvenes con conducta suicida son<sup>231,238</sup>:

- Agitación, manía o agresividad.
- Intoxicación.
- Difícil manejo ambulatorio.
- Trastorno psicótico agudo o ideación delirante.
- Depresión psicótica.
- Trastorno bipolar con irritabilidad e impulsividad.
- Consideraciones médico-legales.
- Historia familiar de suicidio.
- Sexo masculino (por presentar más riesgo).
- Historia de intentos de suicidio previos.
- Abuso de tóxicos.
- Dificultades familiares (supervisión o cuidados inadecuados).

#### 9.6.4. Seguimiento ambulatorio del paciente

Antes de dar el alta al paciente, es conveniente realizar una evaluación de la gravedad de la ideación y/o el intento de suicidio e informar a la familia acerca del posible efecto desinhibidor de las drogas y el alcohol, que deberán tener especial precaución con las sustancias tóxicas (acceso a la medicación) o armas de fuego al alcance del niño o adolescente. Se recomendará que siempre haya en casa una persona (acompañamiento) y se explicará la importancia de realizar un seguimiento del paciente<sup>222</sup>.

Una vez que el paciente es dado de alta en el servicio de urgencias, es importante realizar un seguimiento por parte de los profesionales de atención primaria y por un profesional de salud mental infantojuvenil en el plazo de 7 a 10 días<sup>238</sup>. Además, debido a que el estado de salud mental e ideación suicida pueden fluctuar considerablemente en cortos períodos de tiempo, es recomendable que se reevalúe regularmente, sobre todo si sus circunstancias cambian.

#### 9.6.5. Psicoterapia

Las terapias más empleadas en este ámbito son la terapia cognitivo-conductual y sus variantes, como la terapia dialéctico-conductual (TDC). Otras terapias como la interpersonal, la terapia familiar y grupal, también se utilizan, pero existen menos estudios que hayan analizado su eficacia. La TDC es una variante de la TCC que fue diseñada para intervenciones en trastornos de la personalidad pero que ha sido adaptada para poder ser utilizada con adolescentes con ideación o conducta suicida<sup>238</sup>.

En una reciente revisión sistemática<sup>217</sup>, se analizaron estudios que emplearon TCC o tratamientos compuestos por métodos cognitivo-conductuales para reducir o prevenir la conducta suicida. La TCC parece efectiva con población adulta, pero no con adolescentes; la conclusión que se ofrece en el estudio es que la conducta suicida cuando la muestra es principalmente adolescente es más difícil de tratar. Los autores señalan que es necesario tener en cuenta la escasez de los estudios incluidos con adolescentes y la heterogeneidad de los estudios incluidos.

En otra revisión sistemática<sup>249</sup> se incluyeron estudios sobre intervenciones psicosociales tras una autolesión y su impacto sobre el suicidio. Las terapias empleadas en la intervención psicosocial fueron TCC, TDC y TIP. La mayoría de los estudios incluidos en esta revisión emplean básicamente intervenciones grupales. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la reducción de autolesiones repetidas, pero esto no necesariamente se traduce en una disminución del suicidio.

En 2008 se ha publicado un ECA<sup>250</sup> realizado en adolescentes y adultos jóvenes con antecedentes de conducta autolesiva reciente. El grupo de intervención recibió una intervención breve basada en una TCC especialmente para prevención de autolesiones, asociada al tratamiento habitual. El grupo control recibió únicamente tratamiento habitual, consistente en farmacoterapia, psicoterapia diferente de la TCC y hospitalización si fuese necesaria. No se registró el tipo específico de psicoterapia o el psicofármaco empleado en el grupo control. La medida de resultado primaria fue el número de autolesiones en los últimos tres meses, y se observó que la TCC empleada adicionalmente a los cuidados habituales fue más eficaz en la reducción de autolesiones e ideación suicida.

La efectividad de la TIP, aunque también de otras psicoterapias, depende de la capacidad del niño o adolescente para establecer una alianza terapéutica<sup>222, 249</sup>, puesto que de ella depende que el paciente informe de manera exhaustiva acerca de su ideación suicida.

En cuanto a la terapia de apoyo y a la terapia familiar sistémica, existe evidencia de que en comparación con la TCC, la terapia que obtuvo peores resultados fue la terapia de apoyo, por lo que no debería utilizarse como único tratamiento en adolescentes con depresión e ideación suicida<sup>238</sup>.

#### 9.6.6. Tratamiento farmacológico

Los estudios farmacológicos en este ámbito se han centrado en el tratamiento de la depresión adolescente.

Normalmente los ECA de fármacos realizados en niños y adolescentes no consideran el suicidio como una variable de resultado. Lo más habitual es que se valore la conducta suicida de forma retrospectiva, una vez que se ha producido. Este hecho, en ocasiones, dificulta la asociación entre las variables que podrían estar directamente relacionadas con la ideación o conducta suicidas<sup>251</sup>.

Desde que en la década de los noventa se empezó a relacionar la ideación y conducta suicidas con la utilización de antidepresivos de nueva generación, se ha suscitado una polémica sobre este posible efecto. En España, la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) adopta las conclusiones de la Agencia Europea del Medicamento (EMA) e informa del balance beneficio/riesgo favorable para el uso de fluoxetina en la depresión infanto-juvenil<sup>252</sup>.

Para la AEMPS, el uso de la fluoxetina en la depresión mayor del niño o adolescente deberá plantearse bajo las siguientes condiciones<sup>252</sup>:

- En depresión moderada a grave.
- En adolescentes y niños de 8 años o más.
- Si la depresión no responde a terapia psicológica después de 4-6 sesiones.
- En combinación con terapia psicológica.
- A una dosis inicial de 10 mg/día, la cual puede incrementarse a 20 mg/día tras 1-2 semanas de tratamiento.
- Vigilando el comportamiento suicida estrechamente, especialmente durante el inicio del tratamiento.
- Considerando que si no se obtiene beneficio clínico al cabo de 9 semanas se debe reevaluar el tratamiento.

Asimismo, las autoridades establecen que el laboratorio titular de la autorización de comercialización deberá llevar a cabo estudios adicionales para garantizar que la seguridad de la fluoxetina en este grupo de población se mantiene aceptable.

Los estudios realizados hasta ahora no permiten extraer conclusiones definitivas acerca del uso de otros ISRS y de otros antidepresivos en la población infantil y adolescente. Es necesario interpretar con cautela los resultados publicados y considerar el efecto del sesgo de publicación respecto al material no publicado<sup>253</sup>.

El litio y la clozapina son eficaces en adultos para la reducción de conducta suicida en trastorno bipolar y esquizofrenia respectivamente, pero en niños y adolescentes no han sido estudiados<sup>238</sup>. Los antidepresivos tricíclicos, los inhibidores de la monoaminoxidasa y la venlafaxina no han demostrado ser eficaces en niños y adolescentes<sup>251</sup>.

El riesgo de suicidio debe ser vigilado y valorado en todos los casos, pero sobre todo en las primeras semanas después del inicio del tratamiento con el antidepresivo, debido al efecto desinhibidor de la conducta, sin que se haya producido aún la mejoría del estado de ánimo. Para conocer la influencia de los antidepresivos sobre fenómenos como el suicidio (de aparición rara), deberían realizarse estudios específicos y con metodología adecuada<sup>253</sup>.

#### 9.6.7. Otros tratamientos

La terapia electroconvulsiva no se utiliza con frecuencia en niños y adolescentes, debido a su naturaleza invasiva. Sin embargo, en casos de depresión grave donde la conducta suicida es persistente y se necesita rapidez en la eficacia, la TEC ha sido utilizada con buenos resultados<sup>238</sup>.

## 9.7. Prevención del suicidio

Actualmente, la prevención del suicidio en Europa es una prioridad y así ha quedado patente en una asamblea del Consejo de Europa que se ha celebrado recientemente. En esta asamblea se han establecido unas directrices para los estados miembros, con la finalidad de facilitar la detección de adolescentes con alto riesgo y orientar la prevención. Entre otras cosas, se propone un acercamiento multidisciplinar, donde el sistema sanitario debe interactuar con otros ámbitos como el educativo, los medios de comunicación o el sistema jurídico. También se plantea la necesidad de promover la investigación científica y formar a los profesionales de la salud en la identificación de adolescentes de alto riesgo. Algunos ejemplos de estrategias de prevención del suicidio que proponen son la *Alliance Against Depression* en Alemania; en Finlandia y Canadá se está incluyendo en los programas de prevención un método que denominan autopsia psicológica para objetivar los factores que subyacen a la conducta suicida<sup>223</sup>.

### 9.7.1. Intervenciones en el ámbito escolar

El objetivo central de los programas de prevención del suicidio en este ámbito, es optimizar el funcionamiento de los estudiantes y mejorar su calidad de vida<sup>238</sup>. En respuesta al problema del aumento de las tasas de suicidio en adolescentes en EE.UU. se han llevado a cabo en los últimos 20 años diferentes programas de prevención, sobre todo en el ámbito escolar. Sin embargo, pocos programas han sido evaluados científicamente y algunos de ellos han mostrado tener un impacto limitado<sup>254</sup>.

#### *Programas de prevención basados en el currículo*

Pueden ser programas de prevención universal o programas de prevención indicados.

Los programas universales se integran en el currículo, pero existen pocos estudios publicados sobre su eficacia. Un ejemplo de este tipo de programas es el SOS (*Signs of Suicide*), que ha obtenido una reducción de intentos de suicidio informados en un ECA. Este programa se basa en aumentar el conocimiento de los adolescentes sobre el suicidio y en realizar un cribado de depresión y otros factores de riesgo como el consumo de alcohol<sup>254</sup>.

Los indicados, se orientan solo a alumnos de alto riesgo (para ello habría que identificarlos antes) y se integran de forma regular en el currículo. Existen ejemplos como el *Personal Growth Class* (PGC) que ha sido llevado a cabo en EE.UU. con buenos resultados, aunque los propios autores

apuntan la necesidad de más estudios para saber si este tipo de programas debería introducirse en las escuelas<sup>237</sup>.

### *Programas basados en entrenamiento de habilidades*

En el ámbito escolar han obtenido buenos resultados. Existe alguna evidencia de que estos programas podrían reducir la conducta suicida y mejorar las actitudes, emociones y estrategias de afrontamiento. Las intervenciones que combinan el entrenamiento de habilidades con educación sobre el suicidio han mostrado ser más eficaces, aunque el efecto específico sobre la conducta suicida es difícil de cuantificar<sup>238</sup>.

A pesar de que existe mucha variabilidad entre los diferentes programas estudiados<sup>216</sup>, un elemento común en los programas que se han implementado de forma exitosa es su naturaleza holística o global (se centran en aspectos físicos, psíquicos, sociales y emocionales). También se han señalado otros aspectos importantes, como entrenamiento de los profesionales que lleven a cabo la intervención, apoyo adecuado, tiempo y recursos<sup>238</sup>.

### *Cribado*

El cribado sobre depresión, ideación suicida y conducta suicida previa es un buen método para reconocer adolescentes de alto riesgo, con un buen coste/efectividad. Uno de los problemas que plantea la realización de este cribado son los falsos positivos, que requerirían una segunda evaluación para reconocer el riesgo real.

Para algunos autores, el cribado en el ámbito escolar sería la mejor forma de prevención. En ocasiones se ha encontrado cierto rechazo por parte del personal en las escuelas, puesto que el cribado suele percibirse como una técnica más invasiva que otros programas de prevención, como los incluidos en el currículo<sup>238</sup>. Algunas aproximaciones a este tema recomiendan realizar este cribado en centros educativos a adolescentes de entre 15-19 años (en EE.UU. las tasas se incrementaron un 27% en este grupo de edad), por ser el grupo de edad de mayor riesgo, y se debe indagar también sobre el consumo de sustancias o alcohol<sup>222</sup>.

### *Intervenciones tras un suicidio (postvention)*

Están encaminadas a reducir el sentimiento de culpa y a reducir la morbilidad y mortalidad en sus allegados. A pesar de que no existen muchos estudios sobre la efectividad de este tipo de programas, la mayoría de los expertos están de acuerdo en que es necesaria la intervención tras un suicidio para proporcionar apoyo y orientar a los allegados de la víctima<sup>233</sup>.

Estas intervenciones también pueden llevarse a cabo tras un intento de suicidio serio, puesto que también puede tener consecuencias en otros estudiantes<sup>255</sup>. Suelen ir dirigidas a amigos, profesores y familiares, y se desarrollan con la finalidad de minimizar los casos de suicidio o intentos por aprendizaje vicario<sup>238</sup>.

Estos programas son muy importantes, debido a que el hecho de tener un familiar, compañero o amigo que se haya suicidado incrementa la probabilidad de padecer depresión mayor, trastorno por ansiedad, ideación suicida y trastorno por estrés postraumático en el período de 6 meses tras el suicidio<sup>222</sup>. Normalmente son de corte psicoeducativo y están basados en el *counseling*<sup>216,222</sup>. Pueden realizarse sesiones individuales, con otros adolescentes o incluir a los padres.

Sobre la duración de la intervención, se sabe que es importante que comience de forma inmediata y se realice un seguimiento a largo plazo (algunos autores han encontrado que, tras tres años desde el suceso, es frecuente que algunos adolescentes presenten depresión mayor y trastorno por estrés postraumático)<sup>222</sup>.

### 9.7.2. Diagnóstico precoz

Actualmente está ampliamente reconocido que la identificación oportuna del riesgo suicida puede y debe ser una de las medidas más importantes para su prevención.

El profesional de atención primaria debe indagar sobre factores contextuales, individuales y acontecimientos vitales estresantes que puedan suponer un distrés psicológico<sup>233</sup>. Para ello es muy importante la formación de todos los clínicos que trabajan con niños y adolescentes, no solo a los de salud mental, sobre cómo reconocer y referir a un paciente que presente riesgo de conducta suicida, puesto que este diagnóstico precoz tiene un gran impacto sobre el suicidio<sup>222</sup>.

Sin embargo, es frecuente que el riesgo suicida no se detecte, en especial en población infantil y adolescente<sup>240</sup>. Existe el problema de que muchos profesionales de primaria perciben que no están lo suficientemente formados en el reconocimiento y tratamiento de niños o adolescentes con conducta suicida (en Canadá un 84% de los médicos de primaria reconocieron pensar que necesitarían un entrenamiento adicional)<sup>238</sup>.

Un estudio realizado en Suecia puso de manifiesto que el entrenamiento de profesionales de atención primaria en la identificación de trastornos del estado de ánimo en niños y adolescentes, se relaciona con una disminución

del número de intentos y de suicidios, un incremento de la prescripción de antidepresivos, así como del número de hospitalizaciones<sup>222</sup>.

La OMS publicó en el programa SUPRE (*Suicide Prevention*) algunas recomendaciones para los profesionales de atención primaria sobre cómo indagar sobre los diferentes aspectos de la ideación y conducta suicida (tabla 25)<sup>256</sup>. A pesar de que estas recomendaciones no son específicas para niños y adolescentes, pueden orientar acerca de cómo obtener información cuando el profesional de primaria sospecha la posibilidad de conducta suicida.

En líneas generales, para obtener esta información se deben obtener datos acerca de ideación suicida, planes suicidas y apoyo con el que cuenta el niño o adolescente. Es importante preguntar a la propia persona acerca de sus sentimientos e intenciones suicidas, porque en contra de lo que se suele pensar, preguntar acerca del suicidio no supone inducirlo.

**Tabla 25. Recomendaciones de la OMS sobre cómo, cuándo y qué preguntar**

**CÓMO PREGUNTAR:**

No es fácil preguntar sobre ideación suicida, se recomienda hacerlo de forma gradual. Algunas preguntas que pueden resultar útiles son:

- ¿Te sientes triste?
- ¿Sientes que no le importas a nadie?
- ¿Sientes que no merece la pena vivir?
- ¿Piensas en el suicidio?

**CÚANDO PREGUNTAR:**

- Cuando la persona tiene sentimiento de empatía con el profesional.
- Cuando la persona se siente cómoda al hablar de sus sentimientos.
- En el momento que la persona hable acerca de sentimientos de desesperanza o tristeza.

**QUÉ PREGUNTAR:**

- Para descubrir la existencia de un plan suicida: ¿alguna vez has realizado planes para acabar con tu vida?; ¿tienes alguna idea de cómo lo harías?
- Para indagar sobre el posible método utilizado: ¿tienes pastillas, algún arma, insecticidas o algo similar?
- Para obtener información acerca de si la persona se ha fijado una meta: ¿has decidido cuándo vas a llevar a cabo tu plan de acabar con tu vida?, ¿cuándo lo vas a hacer?

Fuente: OMS<sup>256</sup>

### 9.7.3. Prevención en pacientes con trastornos mentales

La intervención en niños o adolescentes con patologías mentales puede disminuir el riesgo de conducta suicida. Para ello sería necesario realizar un diagnóstico que determinase las estrategias de intervención adecuadas, tener especial atención con los trastornos comórbidos, necesidad de revisar de forma regular la sintomatología depresiva, ideación suicida y presencia de

algún acontecimiento vital estresante, puesto que el riesgo de suicidio puede variar durante el tratamiento<sup>238</sup>.

Algunos autores recomiendan durante cualquier intervención, un seguimiento periódico de la ideación suicida y la desesperanza de cara a prevenir el riesgo suicida<sup>244</sup>.

#### 9.7.4. Otras estrategias de prevención: medios de comunicación

Existe evidencia de que algunas formas de cobertura periodística y televisiva del suicidio están asociadas a un aumento de las tasas de suicidio estadísticamente significativo; este impacto parece ser mayor entre los niños y adolescentes. Tratar este tema en los medios de una forma correcta puede ayudar a prevenir la imitación del comportamiento suicida, mientras que una cobertura repetitiva y continua del suicidio tiende a inducir y a promover pensamientos suicidas, particularmente entre los adolescentes<sup>257</sup>.

En esta línea, se han desarrollado guías dirigidas a los medios de comunicación que intentan prevenir el contagio (*copycat suicide* o *suicide contagion*). Así, por ejemplo, la OMS elaboró un documento de estas características para el programa SUPRE (tabla 26)<sup>257</sup> y el Ministerio de Salud de Nueva Zelanda publicó otro de características similares<sup>258</sup>.

Para la OMS, los medios de comunicación pueden jugar un papel proactivo en la prevención del suicidio publicando las noticias de manera adecuada y ofreciendo la siguiente información<sup>257</sup>:

- Lista de servicios de salud mental y líneas telefónicas de ayuda disponibles con números telefónicos y direcciones actualizados.
- Ofrecer información sobre las señales de advertencia del comportamiento suicida.
- Transmitir mensajes sobre la frecuente asociación entre la depresión y el comportamiento suicida, y que la depresión es una condición tratable.
- Ofrecer un mensaje de solidaridad a los allegados, proporcionando números de teléfono de los grupos de apoyo disponibles. Esto aumenta la probabilidad de que profesionales en salud mental, amigos y familiares intervengan en los programas de prevención destinados a este fin.

**Tabla 26. Qué hacer y qué evitar al informar sobre suicidio**

<p><b>QUÉ HACER:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Trabajar estrechamente con autoridades de la salud en la presentación de los hechos.</li><li>- Referirse al suicidio como un hecho logrado, no uno exitoso.</li><li>- Presentar solo datos relevantes en las páginas interiores.</li><li>- Resaltar las alternativas al suicidio.</li><li>- Proporcionar información sobre líneas de ayuda y recursos comunitarios.</li><li>- Publicar factores de riesgo y señales de alarma.</li></ul>
<p><b>QUÉ EVITAR:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- No publicar fotografías o notas suicidas.</li><li>- No informar de detalles específicos del método utilizado.</li><li>- No aportar razones simplistas.</li><li>- No glorificar ni sensacionalizar el suicidio.</li><li>- No emplear estereotipos religiosos o culturales.</li><li>- No culpabilizar.</li></ul>

Fuente: OMS<sup>257</sup>

La influencia de Internet sobre la conducta suicida es menos conocida que la de otros medios de comunicación. En un estudio reciente<sup>259</sup> se ha puesto de manifiesto cómo la información sobre métodos de suicidio y los chats pueden incidir sobre la conducta suicida, especialmente en gente joven con enfermedad mental. Las estrategias más importantes en este sentido pasan por la regulación de los servicios proveedores de Internet y el uso de filtros de software por parte de los padres. Algunos países ya realizan un control de este tipo de contenido, y, así, en Reino Unido la organización *Internet Watch Foundation*<sup>260</sup> es un ejemplo de control ejercido sobre Internet. En Japón y Corea se ejerce un control activo por parte de los servicios proveedores, y en Australia se ha legislado el tema en el año 2006<sup>259</sup>. Por su parte, el Consejo de Europa recomienda que se controle el contenido que pueda promover el suicidio, ya que, aunque en ocasiones este tipo de información pueda no ser ilegal, es obligación de los estados miembros la protección del niño y adolescente según la Convención Europea de Derechos Humanos<sup>223</sup>.

## Resumen de la evidencia

3	El suicidio entre los jóvenes de 15 a 24 años es una de las tres causas de muerte más frecuentes en este grupo de edad (36).
2 <sup>++</sup>	<p>Los <b>factores de riesgo</b> que más se han asociado a la conducta e ideación suicida son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Depresión mayor (216).</li> <li>- Factores psicológicos (216).</li> <li>- Presencia de trastornos comórbidos psiquiátricos (216).</li> <li>- Factores genéticos y biológicos (216).</li> <li>- Antecedentes psiquiátricos (incluyendo suicidio) en los progenitores (216).</li> <li>- Acontecimientos vitales estresantes (216).</li> <li>- Factores sociales y nivel educativo (216).</li> </ul>
2 <sup>*</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sexo masculino (225).</li> <li>- Intento previo de suicidio (225).</li> <li>- Factores relacionados con la edad (225).</li> <li>- Maltrato físico o abuso sexual (225).</li> <li>- Desestructuración y disfunción familiar (225).</li> </ul>
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dificultades con el grupo iguales y rupturas sentimentales (219).</li> <li>- Acoso por parte de iguales (<i>bullying</i>) (219).</li> </ul>
2 <sup>++</sup>	<p>Algunos <b>factores protectores</b> que se han propuesto son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cohesión familiar alta y buena relación con el grupo de iguales (216).</li> <li>- Habilidades de resolución de problemas y estrategias de afrontamiento (216).</li> <li>- Actitudes y valores positivos(216).</li> </ul>
2 <sup>*</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inteligencia, autoestima y apoyo social elevados (233).</li> <li>- Creencias religiosas (217, 228).</li> <li>- Sexo femenino (217, 228).</li> <li>- Habilidad de estructurar razones para vivir (217, 228).</li> </ul>
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nivel educativo medio-alto (217, 219).</li> </ul>
2 <sup>++</sup>	<p>Algunos factores que pueden actuar como <b>factores precipitantes</b> de la conducta suicida son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Acontecimientos vitales estresantes (216).</li> </ul>
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conflictos familiares (219).</li> <li>- Problemas con el grupo de iguales (219).</li> <li>- Dificultades escolares (219).</li> </ul>
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tener problemas graves con los padres (239).</li> <li>- Factores psicológicos/personales (239).</li> </ul>
2 <sup>++</sup>	La exposición a casos de suicidios cercanos o a determinado tipo de información en los medios de comunicación, se ha asociado al suicidio (216).

3	Una vez que el niño o adolescente ha contactado con el sistema sanitario, bien a través de un servicio de urgencias o de la propia atención primaria, es necesario realizar una valoración psiquiátrica y psicosocial in situ, que recoja la gravedad médica del intento de suicidio, el método utilizado, el grado de planificación de la conducta suicida, la motivación o intencionalidad de la conducta y la presencia de sentimiento de desesperanza (238).
3	Es importante evaluar otros factores subyacentes que pueden indicar un mayor riesgo, para lo que será necesario obtener información de los padres u otras personas que conozcan al niño o adolescente (238).
4	Existen diferentes instrumentos psicométricos que pueden ayudar a valorar el riesgo suicida, como el Cuestionario de Riesgo de Suicidio (RSQ) (240), la Escala de Desesperanza de Beck (EDB) (241) o el Inventario de Depresión de Beck (BDI) (247), si bien no pueden sustituir a la entrevista clínica, ya que por sí solos carecen de valor predictivo (219).
3	Es importante realizar un seguimiento periódico de los niños y adolescentes con conducta suicida por parte de los profesionales de atención primaria y de salud mental (238).
2 <sup>++</sup>	Existe evidencia limitada de la eficacia de psicoterapias específicas como tratamiento de la ideación y conducta suicida en la adolescencia, aunque las que mejores resultados han obtenido son las que incluyen técnicas cognitivo-conductuales (217, 250).
3	Los estudios farmacológicos que se centran en el tratamiento de la depresión adolescente no consideran el suicidio como una variable de resultado y lo valoran de forma retrospectiva. Este hecho dificulta la asociación de variables relacionadas con el suicidio (29).
3	La terapia electroconvulsiva (TEC) no se utiliza con frecuencia en niños y adolescentes. Sin embargo, en casos de depresión grave donde la conducta suicida es persistente y se necesita rapidez en la eficacia, la TEC ha sido utilizada con buenos resultados (238).
4	La prevención del suicidio es una prioridad, y se ha establecido una serie de directrices a nivel europeo con la finalidad de facilitar la detección de adolescentes con alto riesgo y orientar la prevención (222).
1 <sup>+</sup>	Los principales métodos de prevención son:
	- Intervenciones en el ámbito escolar (254).
3	- Diagnóstico precoz (238).
	- Prevención en pacientes con trastornos mentales (238).
4	- Adecuado tratamiento de la información sobre suicidio por parte de los medios de comunicación (257, 258).
4	Las intervenciones tras un suicidio son muy importantes, ya que tener un allegado que se haya suicidado incrementa la probabilidad de padecer depresión mayor, trastorno por ansiedad, ideación suicida y trastorno por estrés postraumático (222).
4	Algunas formas de cobertura periodística y televisiva se asocian a un aumento de las tasas de suicidio (257, 258).
3	La influencia de Internet es menos conocida, pero algunos sitios web con información que promueve el suicidio podrían favorecerlo, sobre todo en adolescentes (259).

## Recomendaciones

✓	Los profesionales de atención primaria deberían tener una adecuada formación sobre los principales factores de riesgo de conducta e ideación suicida en niños y adolescentes y de la evaluación de su perfil de riesgo.
✓	En pacientes con depresión y/o perfil de riesgo de suicidio se debería preguntar siempre sobre ideas o planes de suicidio, y recoger en la historia clínica todos los aspectos relacionados con el método, la planificación y la intencionalidad.
✓	Tras un intento de suicidio en un niño o adolescente se debería realizar siempre una inmediata valoración psiquiátrica y psicosocial, de ser posible, por un profesional especialista en estas edades.
✓	Se darán pautas a los padres o cuidadores, sobre el acompañamiento y el control del acceso directo a la medicación por parte de los niños y adolescentes.
D	En la historia clínica se debería recoger la gravedad médica del intento de suicidio, el método utilizado, el grado de planificación de la conducta suicida, la motivación o intencionalidad de la conducta y la presencia de sentimiento de desesperanza.
D	La información provendrá del propio paciente, y se recomienda utilizar, de ser posible, múltiples fuentes, como los padres o cuidadores, profesores y amigos.
D	Si bien los diferentes instrumentos psicométricos existentes, como el Cuestionario de Riesgo de Suicidio, la Escala de Desesperanza de Beck o el Inventario de Depresión de Beck, pueden ayudar a valorar el riesgo suicida, no pueden sustituir a la entrevista clínica, ya que por sí solos carecen de valor predictivo.
D	Se recomienda la hospitalización de todos aquellos niños o adolescentes con un intento de suicidio que presenten varios factores de riesgo y un limitado apoyo familiar y de la comunidad.
D	Tras un intento de suicidio, y si no se ha considerado la hospitalización, se debería realizar una reevaluación en el plazo de 7 a 10 días. Posteriormente se realizará un seguimiento periódico por parte de los profesionales de atención primaria y de salud mental infanto-juvenil.
D	La prevención del suicidio entre los niños y adolescentes debería considerarse una prioridad, y establecerse fundamentalmente medidas que permitan un diagnóstico precoz del riesgo suicida.
D	Deberían establecerse medidas encaminadas a consensuar la cobertura del suicidio por parte de los medios de comunicación y el contenido de las páginas web de Internet.