

Conducta suicida en niños y adolescentes

Por Carolina Raheb

¿Qué entendemos por suicidio?

El suicidio es toda muerte que resulta, mediata o inmediatamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir ese resultado. Acto de matarse uno mismo. El suicidio, que es extremadamente raro antes de la pubertad, se vuelve más frecuente a lo largo de la adolescencia.

¿Qué es un acto suicida?

Es un hecho por el que un sujeto se causa una lesión, independientemente de su intención y del conocimiento de sus motivos.

¿Qué es la tentativa de suicidio?

La tentativa o el intento de suicidio es un acto suicida detenido en su camino y cuyo resultado no fue la muerte, supone un fracaso material de la intencionalidad de la muerte.

¿Qué es la ideación suicida?

Son los pensamientos, planes o deseos persistentes de un sujeto a cometer suicidio. Son comunes en los niños y adolescentes de ambos géneros y no están necesariamente asociados con otros rasgos de psicopatología. Suelen ser motivo de consulta cuando se enuncian como amenazas.

¿Cómo se define el concepto de muerte en niños y adolescentes?

El concepto de muerte es un fenómeno universal, natural, irreversible, inevitable y supone la finalización de la vida. Por tanto, debido a lo abstracto y complejo del concepto, requiere ciertos requisitos cognitivos previos: distinción entre lo animado y lo inanimado, dominio de la constancia del objeto, diferenciación del yo y concepto del tiempo (pasado, presente y futuro).

¿Cómo varía el concepto de muerte según la edad?

Se pueden distinguir tres etapas, iniciadas hacia los 5 años (antes el niño no considera la muerte):

- Consideran la muerte como una separación temporal, provisional y reversible. Los niños entre 5 y 9 años suelen personificar la muerte. Hasta los 7 años y medio la consideran como algo alejado, que no afecta a los niños. Entre los 7 años y medio y los 8 y medio empiezan a reconocer la muerte como una posibilidad personal e inmediata, sí bien remota.
- Entre los 9 y 13 años, aparece el concepto de muerte como irreversible y capaz de afectar, primero a personas neutras y, luego a las próximas.
- A partir de los 12-13 años, con la adolescencia y la adquisición del pensamiento abstracto, aparece el pleno concepto de muerte: final de la vida, irreversible, biológico.

¿Existen diferencias en el concepto de muerte los niños que intentan suicidarse que los que no lo hacen?

Los niños con tentativas de suicidio tienen más miedo a su propia muerte y las de sus familiares, un alto nivel de rechazo por la vida y atracción por la muerte o bien muestran un bajo nivel de atracción por la vida y rechazo por la muerte. Suelen mostrar fluctuaciones en su comprensión de la muerte, normalmente en relación con situaciones ansiógenas, pudiendo reaparecer la idea de muerte como proceso reversible.

¿Cuál es la epidemiología del suicidio en niños y adolescentes?

¿Cuál es su prevalencia en niños y adolescentes?

Los índices de suicidio en niños menores de 5 años no son informados, aunque existen descritos algunos casos de 3 y 4 años, por la consideración general de que el niño pequeño no es capaz de suicidarse.

Siguiendo las directrices de la OMS, que informa de los datos de suicidios en grupos de 10 años de edad, la tasa de suicidio de los 5-14 años de edad es muy baja. Los índices para niñas se sitúan en un rango de 0 a 1,1 por 100.000 mientras que en niños presentan un rango de 0 a 2,5 por 100.000. Aproximadamente el 2% de los preadolescentes en la población general presentan un intento de suicidio.

En Estados Unidos, la tasa de suicidio específica entre los 10 y los 14 años es 1,6 por 100.000. Representa el 1% de todos los suicidios y la mayoría de muertes se dan de los 12 a los 14 años. Entre los 15 y los 19 años es de 9,5 por 100.000, que representa aproximadamente el 6%. En el rango de 20 a 24 años de edad es de 13,6 por 100.000, lo que da cuenta del 8% de todos los suicidios.

Se estima que la tasa de intentos de suicidio en la escuela es del 11% de los estudiantes de Bachillerato y del 15-18% de los universitarios. Entre los adolescentes, en la población general, se ha encontrado que aproximadamente el 9% de los adolescentes ha presentado una tentativa de suicidio.

¿Se puede hablar de incidencia del suicidio en niños y adolescentes?

Recientes investigaciones muestran que, aunque es posible, parece improbable que diferentes mecanismos pudieran operar coincidentemente para promover el fenómeno casi universalmente observado de incremento de riesgo de suicidio joven masculino. Entre las razones que se ofrecen para explicar la reciente declinación de las tasas de suicidio se incluyen el incremento en la prescripción de antidepresivos en jóvenes con depresión.

¿Se aprecian diferencias de género?

Entre todos los países de la OMS los índices de suicidio varían ampliamente: en chicas desde 1,1 a 17,2 por 100.000; para los chicos el rango va de 5,0 a 61,0 por 100.000.

Los suicidios son más frecuentes en los chicos que en las chicas, la relación entre chicos/ chicas es de 2,7 entre los 10 y 14 años y de 4,9 entre los 15 y 19 años. Globalmente, las tentativas son más frecuentes en las chicas; si bien, en la infancia (hasta los 12 años) es más frecuente en varones: 2,7 varones por cada niña, y en la adolescencia es a la inversa.

Las chicas cometen más tentativas autolíticas que los chicos. Sin embargo, la ratio de suicidio es más elevado en los varones que en las mujeres.

En Estado Unidos la relación masculino a femenino para suicidio en varones jóvenes es de 3:1; Entre los 15-19 años la relación es de 4,5:1 y entre los 20-14 años es mayor de 6:1.

¿Se aprecian diferencias en las tasas de suicidio en función de la geografía?

No existen datos en España sobre posibles diferencias en las tasas de suicidio según las diferentes regiones. En Estados Unidos los niveles de suicidio son mayores en los estados del Oeste y Alaska, y menores en los estados del sureste, centro norte y noroeste.

¿Cuáles son los métodos utilizados por niños y adolescentes para suicidarse?

El método más utilizado en la tentativa de suicidio es la autointoxicación medicamentosa, siendo notablemente superior la proporción en adolescentes (91%) que en niños (44,4%). Este hecho es explicable por el número y la diversidad de fármacos, así como la disponibilidad y accesibilidad a los mismos que tienen los niños y adolescentes, tanto dentro como fuera del hogar.

Los fármacos más frecuentemente utilizados son los analgésicos, los psicofármacos (principalmente ansiolíticos y antidepresivos) y mezclas de diferentes sustancias medicamentosas.



Otros métodos también utilizados son: la flebotomía, cortes en las muñecas), la precipitación y el ahorcamiento. Estos últimos son más frecuentes en varones que en mujeres, quienes suelen realizar tentativas más violentas. Los niños, a diferencia de los adolescentes, utilizan preferentemente métodos violentos en el 66% (precipitación, arma blanca...), siendo el método utilizado por los niños tanto más violento y traumático cuanto menor es su edad.

¿Cuáles son las características clínicas de los adolescentes que cometen suicidio?

El suicidio consumado sucede más comúnmente en los adolescentes mas mayores, pero también puede suceder en niños de 6 años. Los estudios muestran que aproximadamente el 90% de los suicidios adolescentes suceden en individuos con un trastorno psiquiátrico preexistente. En aproximadamente la mitad de éstos, el trastorno psiquiátrico ha estado presente durante 2 años o más.

Las formas más comunes de trastorno psiquiátrico son: 1) alguna forma de trastorno del humor, que en los chicos a menudo comórbido con trastorno de conducta o abuso de sustancias, y 2) abuso de sustancias y/o abuso de alcohol, concretamente en los chicos mayores de 15 años. La mayoría de los niños y adolescentes que cometieron suicidio eran muy irritables, impulsivos, volátiles y propensos a las explosiones de agresión. Sin embargo, este modelo de comportamiento no es universal.

¿Existe la personalidad suicida?

Se han realizado múltiple estudios para averiguar la existencia de un tipo de “personalidad suicida”. Las personas suicidas tienden al aislamiento social, experimentan dificultades interpersonales en mayor grado, baja autoestima y desconfianza hacia los demás. Es frecuente la hostilidad, la rabia, la baja tolerancia a la frustración y la impulsividad

¿Qué eventos suelen preceder al suicidio?

Aunque algunos adolescentes – predominantemente chicas que sufren un trastorno depresivo mayor- parecen haber pensado en el suicidio durante algún tiempo y a menudo habrán hecho algún preparativo para su muerte, la mayoría de suicidios adolescentes parecen ser impulsivos. El suicidio suele estar precedido por un evento estresante, como meterse en problemas en la escuela o alguna institución legal, una ruptura con el novio o la novia, o una discusión entre amigos. También puede precipitarse –en un joven presumiblemente suicida– por la exposición a noticias de suicidio de otra persona o al leer o ver un suicidio relatado de una manera romántica en un libro, revista o periódico.

Alrededor de un tercio de los suicidas han realizado un intento anterior. Los intentos previos son más comunes en las chicas y entre los suicidas que sufrían un trastorno del humor al momento de la muerte. El suicidio debe de ser distinguido de la asfixia autoerótica, que es la inducción de una deficiencia de oxígeno para incrementar la excitación sexual y el orgasmo. Sin embargo, las muertes autoeróticas en jóvenes son extrañas; cuando efectivamente ocurren las víctimas tienen otras formas de psicopatología (como depresión o abuso de sustancias).

La mayoría de los pactos suicidas suceden entre parejas casadas y/o otros miembros de la familia. Son más comunes en la mediana edad y población más mayor y son muy poco comunes en la gente joven.

¿Qué síntomas se deberían considerar como indicadores de tendencias suicidas?

- Cambios en los hábitos de dormir y alimentarios. Retraimiento de las amistades, familiares o actividades habituales.
- Actuaciones violentas, comportamiento rebelde o fugas del hogar.
- Consumo de drogas o alcohol.
- Abandono inusual en la apariencia personal.
- Cambios bruscos de personalidad.



- Aburrimiento persistente, dificultades de concentración o deterioro en la calidad de las las tareas escolares.
- Quejas frecuentes de dolores físicos como cefaleas, dolor de estómago o fatiga, que suelen estar asociados al estado emocional del joven.
- Pérdida de interés en sus aficiones o su tiempo libre.
- Poca tolerancia de los elogios o los premios.

¿Cuál es la evolución de las conductas suicidas?

Solo entre el 30-40%, aproximadamente un tercio, tiene un control y seguimiento adecuados cumpliendo las indicaciones recibidas. Alrededor de un 16% no vuelve a ser visitado tras la primera consulta, alrededor de un 25% acude a una o dos visitas posteriores y, alrededor del 27% es visitado solo en 3 o 4 ocasiones. En el caso de los adolescentes se han encontrado similares niveles de abandono del tratamiento contra el criterio médico, en adolescentes con tentativas de suicidio y adolescentes no suicidas.

Otro aspecto es la repetición de las conductas suicidas. La repetición es un hecho comprobado, con una frecuencia alta, sí bien, con una amplia variación en las tasas de distintos estudios. Los índices de recurrencia de los intentos de suicidio se sitúan entre el 27,6 y el 65% variando los resultados en función de la población estudiada y el tiempo de seguimiento, pero se acepta una tasa del 40% de repetición en 2 años.

Si bien solo un pequeño porcentaje acaba suicidándose, ocurre preponderantemente al año o dos del intento inicial. Entre el 5% y 12% de los varones y el 0,8 y el 3,9% de las chicas fallecen por suicidio.

Por ello, el control y seguimiento de los niños y adolescentes con tentativas de suicidio se establece sobre un periodo de dos años. Durante el primer año, después de realizar el intento inicial, destacan los primeros meses como el plazo de mayor riesgo.

¿Se pueden distinguir factores de riesgo en el suicidio?

¿Qué trastornos psiquiátricos tienen un riesgo potencial?

Chicas. El factor de riesgo más significativo es la presencia de depresión mayor que aumenta el riesgo de suicidio en 20 veces. Le sigue un intento previo de suicidio, que aumenta el riesgo significativamente.

Chicos. Un intento previo de suicidio es el predictor más potente, incrementando la tasa más de 30 veces. Es seguido por la depresión, abuso de sustancias (alcohol o drogas) y comportamiento disruptivo.

Los trastornos disruptivos son comunes en los jóvenes varones que cometen suicidio. Estos suelen ser comórbidos con un diagnóstico de trastorno del humor, ansiedad o abuso de sustancias. Se debe tener en cuenta: una privación temprana u otras experiencias de la niñez que predisponen a la depresión y a la conducta antisocial, una predisposición temperamental o un comportamiento violento o impulsivo.

Aunque la tasa de suicidio está muy incrementada en la esquizofrenia, dada la rareza de esta condición, da cuenta de muy pocos suicidios en niños y adolescentes.

¿Cuál es la importancia de los estresores psicosociales?

A menudo un suicidio o un intento de suicidio va precedido por eventos vitales estresantes. Raramente son una causa suficiente para el suicidio y su importancia radica en su acción como factores precipitantes en los jóvenes que están en riesgo en virtud de su condición psiquiátrica.

Una pobre comunicación entre padre e hijos puede actuar como factor de riesgo mientras que la discordia familiar, la carencia de calidez en el hogar y la distorsión en las relaciones padre-hijo no juegan un papel importante para el suicidio.

Sobre los factores culturales...

No existen estudios referidos a población española. Hasta hace pocos años, el suicidio era más común entre los blancos que entre los afroamericanos de todas las edades. Sin embargo, desde 1987, la diferencia de niveles entre estos dos grupos se ha estrechado. Esto es porque el nivel de suicidios en los hombres afroamericanos y otras minorías ha aumentado rápidamente, mientras que el nivel entre los blancos ha permanecido o ha descendido.

¿Qué factores actúan como facilitadores del suicidio?

No están claras las razones por las cuales el suicidio sería una opción para algunos jóvenes y no para otros. Algunos de los factores que contribuyen al suicidio incluyen:

- **Estilos desadaptativos de atribución y afrontamiento.** La percepción de desesperanza, visiones negativas sobre la propia competencia, la pobre autoestima, sentido de responsabilidad para los eventos negativos y la inmutabilidad de estas atribuciones pueden contribuir a la “desesperanza” que se ha relacionado repetidamente como asociada al suicidio.
 - Los factores biológicos, especialmente la desregulación del sistema serotoninérgico, son comunes los suicidas adultos. La desregulación se manifiesta por bajos niveles de metabolitos de serotonina en los fluidos del SNC, bajas concentraciones de receptores serotoninérgicos presinápticos, y densas concentraciones de receptores presinápticos. Estas anomalías serotoninérgicas han sido localizadas en el córtex prefrontal ventrolateral y el troncoencéfalo de víctimas de suicidio y de tentativas (en estudios de TEP postmortem así como en los ensayos biológicos in vivo).
 - La serotonina parece inhibir las fluctuaciones extremas del humor y la reactividad. La vulnerabilidad al suicidio de individuos con estas anomalías biológicas puede ser mediado por la impulsividad y la volatilidad emocional. Mientras que el córtex prefrontal ventral juega un papel en la inhibición del comportamiento, es concebible que las irregularidades de la serotonina en esta área hagan más difícil para un individuo suicida controlar sus impulsos suicidas.
 - Según los diferentes estudios tres cuartas partes de jóvenes que intentaron el suicidio tenían concentraciones de 5-hidroxiindolacético (5-HIAA) en el LCR que indicarían riesgo severo de suicidio en adultos. Así, las bajas concentraciones en LCR de ácido homovanílico podrían ser más predictivas en adolescentes. Conocer el estatus biológico de los que intentan el suicidio puede tener un valor práctico y las bajas concentraciones de 5-HIAA en LCR examinadas poco después de un suicidio pueden diferenciar entre los que podría cometer suicidio o repetir el intento dentro de un año y aquellos que no.
- **Psicopatología parental.** Son factores de riesgo adicional para el suicidio adolescente: una historia familiar de comportamiento suicida, psicopatología parental, depresión y abuso de sustancias parental. No está claro si éstas historias familiares indican una vulnerabilidad genética o estresores ambientales, o una combinación de los dos.
- **Factores socio-psicológicos.** El suicidio puede ser facilitado en adolescentes vulnerables por la exposición a relatos reales o ficticios de suicidios. Incluye a los medios de comunicación cuando hablan de un suicidio, como un informe intenso del suicidio de una celebridad o la representación ficticia de un suicidio en una película famosa o un programa de televisión. El riesgo es especialmente alto en jóvenes y dura aproximadamente 2 semanas.
 - El fenómeno de los suicidios en grupos (un número excesivo de suicidios que suceden en proximidad temporal y geográfica) suele estar relacionado con la imitación. Los grupos suicidas involucran a jóvenes previamente perturbados que sabían de la muerte de otro pero no conocían a la víctima personalmente; representa un porcentaje muy bajo del total de suicidios.



- **Diagnóstico positivo de VIH y SIDA.** Aunque la infección por el virus del VIH aumenta el riesgo de suicidios y el comportamiento suicida en adolescentes y adultos jóvenes los estudios concluyen que la alta tasa de positividad para VIH entre los suicidas podría ser explicada por otros factores de riesgo comunes subyacentes, como el abuso de sustancias o alcoholismo.

¿Cuál es la epidemiología de las tentativas de suicidio en niños y adolescentes?

Las tentativas suicidas incluyen cualquier comportamiento que intenta terminar con la vida del niño o adolescente. Los actos suicidas no consumados por ingestión, con intención no letal, son a veces denominados parasuicidios. Los intentos de suicidio en adolescentes son aproximadamente el doble de comunes en chicas que en chicos y producen el 40% de los ingresos en paidopsiquiatría. La ideación suicida es muy común entre los estudiantes de instituto, habiendo considerado seriamente el suicidio en un periodo de 12 meses, aproximadamente una de cuatro chicas y uno de cada seis chicos.

¿Qué es la ideación suicida?

La ideación suicida incluye pensamientos sobre el deseo de matarse; hacer planes sobre cuándo, cómo y dónde llevar a cabo el suicidio y pensamientos sobre el impacto del propio suicidio sobre los demás.

No todos los niños aprecian que el suicidio puede tener como resultado una muerte irreversible. No existe una sentencia definitiva para entender la irreversibilidad de la muerte, que depende en gran medida de lo que al chico se le haya enseñado en casa y de las propias experiencias del niño sobre la muerte y la enfermedad. La apreciación de un niño sobre la finalidad de la muerte no debería necesariamente influir al clínico a la hora de juzgar la seriedad de la ideación suicida.

¿Las amenazas suicidas implican un intento de suicidio?

Las amenazas suicidas son expresiones realizadas a otros para indicar la intención de cometer un suicidio. Pueden estar acompañadas por acciones para iniciar un plan de suicidio. En niños y adolescentes las amenazas más frecuentes son la defenestración (normalmente dicho cuando el niño está cerca de una ventana), correr hacia el tráfico o apuñalarse.

¿Cuáles son los métodos más utilizados?

La gran mayoría de los intentos de suicidio conocidos en Estados Unidos son por ingestión de fármacos, normalmente analgésicos de venta libre. Otros métodos comunes incluyen el corte superficial de los brazos o cuello. Entre los métodos menos comunes se encuentran los intentos ahorcamiento, defenestración, apuñalamiento, ahogamiento o auto-inmolación. La elección de los métodos para el intento y consumación del suicidio es determinada por las oportunidades, pero las costumbres locales juegan un papel importante, porque existen diferencias muy marcadas, y estables, para la elección de métodos en el ámbito nacional (en Estados Unidos).

¿Qué aspectos del intento de suicidio reportan mayor gravedad?

Al evaluar el comportamiento de intento de suicidio, se presta atención a lo inusual del método, su gravedad médica, con qué frecuencia se repite y los pasos seguidos para prevenir o promover que se descubra. Los intentos repetidos, los métodos inusuales (es decir, distintos a la ingestión o el corte superficial) y los intentos con gravedad médica son predictivos de ulteriores intentos de suicidio y también parecen ser pronósticos de muerte por suicidio.

¿Se pueden distinguir factores de riesgo en los intentos de suicidio?

- En ambos géneros son los trastornos del humor y ansiedad o el abuso de sustancias tienen gran potencial de riesgo. Los ataques de pánico en las chicas y el comportamiento disruptivo en chicos aumentan el riesgo para la ideación o el intento de suicidio.

- Los problemas familiares serios incrementan el riesgo para el intento de suicidio, así como en los adolescentes fugitivos que a menudo tienen una historia de abuso infantil previo. El abuso físico y sexual incrementa el riesgo de intentos de suicidio.
- El clínico que sospecha que un niño o adolescente ha sido abusado debe valorar la presencia de ideación o comportamiento suicida en el pasado y en la actualidad. De manera contraria, dado que el riesgo atribuible es bastante alto (entre 15-20% de intentos de chicas tienen una historia de abuso) los pacientes que intentan el suicidio deberán ser cuestionados rutinariamente acerca experiencias de abuso físico y sexual previo o actual.
- Existe evidencia de que los jóvenes gays, lesbianas y bisexuales de ambos sexos son más propensos a experimentar ideación suicida e intentos de suicidio. El riesgo se ve aumentado de dos a siete veces. También son significativamente más proclives a realizar intentos que requieren atención médica.

¿Qué se conoce del inicio del comportamiento suicida?

A pesar de los pocos datos que existen sobre la historia natural del comportamiento suicida, el inicio temprano del comportamiento suicida en la pre-pubertad pronostica comportamiento suicida en los adolescentes y el inicio temprano del trastorno de depresivo mayor está asociado al comportamiento suicida en adolescentes y adultos.

¿Cuál es el pronóstico del comportamiento suicida?

Se han descrito algunos casos de comportamiento suicida entre los niños preescolares a pesar de su inmadura apreciación cognitiva de la finalidad de la muerte. Cuanto más joven es el niño, el método utilizado es más simple y más disponibles son los métodos utilizados para llevar a cabo los impulsos suicidas. Las diferencias son menos marcadas entre los niños que tienen ideación suicida y los que intentan el suicidio.

Tanto la ideación suicida como los intentos de suicidio en prepúberes predicen un intento de suicidio en la adolescencia. Los problemas de adaptación social de estos jóvenes consisten principalmente en relaciones intrafamiliares problemáticas, en el caso de los prepúberes, mientras que los conflictos con los pares son más comunes entre los adolescentes.

La distribución modal de las edades de inicio de los síntomas y los trastornos psiquiátricos que aumentan el riesgo de comportamiento suicida en los adolescentes varían a lo largo de la adolescencia, siendo todos ellos más comunes en los adolescentes más mayores. El suicidio se convierte en algo más común con la edad, alcanzando su cota máxima entre las edades de 19-23 años.

¿Qué diferencias existen entre el intento de suicidio y el suicidio consumado?

El espectro de severidad del comportamiento suicida va desde la idea suicida, a través de amenazas de suicidio e intentos de suicidio, hasta el suicidio consumado.

El tipo de caso que se presenta más a menudo es el de una chica de 15-17 años con sobredosis de alguna medicación ya disponible, normalmente algún analgésico o medicación tomada por algún miembro familiar. El comportamiento es normalmente impulsivo y sucede en el contexto de una disputa con la familia o el novio/ a.

Las tasas de intentos de suicidios entre los chicos son considerablemente mayores en la población que entre los pacientes que se presentan en urgencias. Una de las razones puede ser que el método preferido por las chicas – ingestión no letal – no tiene efecto inmediato y es tratable. Si el paciente cambia de parecer, normalmente buscará ayuda médica para los efectos médicos de la sobredosis. Sin embargo, parece probable que la mayoría de chicos intentan colgarse y fallan, y sólo raras veces buscan o necesitan asistencia médica.

Muchos estudios han confirmado que los jóvenes que intentan suicidarse, a diferencia de los que lo consuman, son menos propensos a ser bipolares, tener un arma de fuego en el hogar, tener elevada intencionalidad suicida o padecer combinaciones de trastornos del humor con otros trastornos. Al comparar pacientes que intentan el suicidio con los que lo consuman se descubren perfiles diagnósticos muy similares.

¿Cómo se valora el comportamiento suicida?

La valoración de pacientes suicidas requiere una evaluación del comportamiento suicida y la determinación del riesgo de muerte por repetición, así como del diagnóstico o los factores precipitantes.

¿Cómo se evalúa el intento de suicidio?

- Determinar el tipo de método utilizado en el intento: los intentos más inusuales, o sea, distintos a los cortes o las ingestiones leves, conllevan a un peor pronóstico.
- La letalidad médica potencial.
- El grado de planificación involucrada
- El grado en que la probabilidad de intervención o descubrimiento fue minimizado (significando una mayor intencionalidad).
- Los intentos de suicidio previos hacen más probable un intento posterior
- Cierta ideación suicida en el momento de la evaluación persistente y frecuente también denota una mayor severidad y una mayor posibilidad de enfermedad mental asociada.
- La disponibilidad de armas de fuego o medicaciones letales: en caso de que la hubiere, deben retirarse.

¿Qué cuestiones son relevantes para descartar la ideación suicida?

La cuestión clave es si el niño o adolescente está contemplado el suicidio o lo ha intentado sin el conocimiento de nadie. Se deben realizar las siguientes preguntas diagnósticas:

- “¿Alguna vez te has sentido tan harto que has deseado no estar vivo o te has querido morir?”
- “¿Alguna vez has hecho algo que sabías que era tan peligroso como para hacerte daño o matarte al hacerlo?”
- “¿Alguna vez te has hecho daño a ti mismo o lo has intentado?”
- “¿Alguna vez has intentado matarte?”
- “¿Alguna vez has pensado o tratado de suicidarte?”

Al evaluar la presencia y el grado de intención suicida se debe tener en cuenta que el intento de suicidio conlleva un balance entre el deseo de morir y de vivir. Hay que dirigir la importancia a la severidad del comportamiento, los esfuerzos realizados para ocultarlo y evitar el descubrimiento, y la formulación de planes específicos (Ej. “¿Hiciste algo para prepararte para matarte?”, “¿Has pensado que lo que hacías te podría matar?”). Los niños y adolescentes sistemáticamente sobrestiman la letalidad de los diferentes métodos de suicidio.

También hay que evaluar la motivación, por ejemplo, el deseo de llamar la atención, de generar un cambio en las relaciones interpersonales, de reunirse con algún ser fallecido, evitar una situación intolerable o de vengarse. Si estas motivaciones no han sido satisfechas en el momento de la evaluación, puede estar aún presente una elevada intención suicida.

¿Qué factores implican riesgo de reincidencia?

Incluyen: el género masculino, mayor edad, vivir solos (es decir, independientes, sin hogar o aislados), haber realizado intentos previos, intentos con un método diferente a la ingestión o el corte superficial y haber tomado medidas para evitar ser descubierto. También existe un riesgo a corto plazo de suicidio si existe trastorno psiquiátrico en el momento de la evaluación.

El comportamiento suicida recurrente se asocia a rasgos de personalidad hipomaniaca y los trastornos de personalidad del grupo B, normalmente el trastorno de personalidad borderline. Entre los criterios se incluyen el inicio en la edad adulta temprana, intentos de suicidio repetidos, formas no letales de auto-lesión y un patrón persistente de impulsividad. Humor inestable, relaciones interpersonales inestables (que alternan entre la idealización y la denigración), variación del autoconcepto (que oscila entre la grandiosidad y la desvalorización), síntomas disociativos, irritabilidad y comportamiento que, aunque placentero, resulta perjudicial.

¿Qué condiciones llevan al comportamiento suicida?

Se debe valorar las siguientes condiciones:

- Los diagnósticos psiquiátricos normalmente asociados al comportamiento suicida incluyen la depresión, la manía o hipomanía, los estados mixtos o ciclado rápido o el abuso de sustancias. Los pacientes que están irritables, agitados, desilusionados, amenazantes, violentos, delirantes, con alucinaciones o manifiestan un deseo persistente de morir, poseen un mayor riesgo a corto plazo. Una historia de cambios rápidos de humor, desde periodos breves de depresión, ansiedad o ira, a la eutimia y/o manía, que pueden estar asociados con síntomas psicóticos transitorios, e incluyen ideas paranoicas y alucinaciones auditivas o visuales, está asociado a un riesgo de intentos suicidas posteriores.
- Factores sociales o ambientales como el aislamiento, ira y estrés;
- Distorsiones cognitivas que acompañan a la depresión (normalmente la desesperanza) que puede ser un indicador de abandono del tratamiento;
- Estilos de afrontamiento inadecuados (Ej.: impulsividad o catastrofismo).
- Una historia de psicopatología familiar, especialmente de comportamiento suicida, enfermedades bipolares, abuso físico o sexual o abuso de sustancias, pueden dar una indicación del riesgo y de las áreas que requerirán intervención.
- La discordia familiar y otros eventos vitales estresantes que conlleven problemas en las relaciones interpersonales.

Se utilizan varios diagnósticos para caracterizar a los jóvenes con esta gama de síntomas: trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar, trastorno esquizoafectivo y trastorno límite de la personalidad.

Es esencial reunir información por medio de entrevistas, observación del juego y del comportamiento y el uso de escalas de nivel estándar válidas y fiables. La fidelidad y validez de las entrevistas con el niño puede verse afectada por el nivel de desarrollo cognitivo, el tipo, intensidad y severidad de las emociones que se relatan. Existe discrepancia entre los relatos de los padres y del niño; éstos se muestran más propensos a contar sus ideas suicidas y sus acciones suicidas.

¿Existen escalas o instrumentos para evaluar el suicidio?

Las escalas de suicidio autoadministradas son útiles para observar a las poblaciones normales de pacientes de alto riesgo. No pueden ser sustitutas de una evaluación clínica y no tienen valor predictivo. La mayoría de escalas no han sido probadas en niños ni adolescentes. Las escalas más utilizadas se muestran a continuación en la tabla 1.

TABLA 1

INSTRUMENTOS QUE MIDEN EL FACTOR SUICIDA DEL NIÑO Y ADOLESCENTE

ESCALA	AUTOR	EDADES	PROPOSITO	DURACION	DOMINIOS	NOTAS
Auto-rellenado por el niño o adolescente						
Escala de desesperanza de Beck (BHS)	Beck et al, 1974b	Adolescentes	Evalúa la desesperanza	20 factores verdadero / falso	Clinico, investigación, observación	
Escala de desesperanza para niños (HSC)	Kazdin et al, 1986	Niños y adolescentes	Evalúa la desesperanza	17 factores verdadero/falso	Clinico, investigación, observación	Puntos de cierre y validez siendo comprobada (Spirito et al, 1988b)
Observación de jóvenes de Columbia (CTS)	Shaffer et al, 1996b	Adolescentes	Observa estudiantes de 11-18 años con comportamiento suicida, ideas y factores de riesgo	26 factores	Clinico, investigación, observación	Alta sensibilidad y muy específico
Cuestionario sobre ideas suicidas	Reynolds, 1987	Adolescentes	Índice clínico de riesgo de suicidio	30 factores (instituto) o 15 factores (juniors)	Investigación, observación	
Escala de probabilidad de suicidio (SPS)	Tatman et al, 1993	+ 14 años	Mide la afirmación de la vida, creencias adaptativas, que pueden distinguir el suicidio del no suicidio	1 pagina	Clinico	Validez en adolescentes no demostrada
Inventario para adolescentes sobre razones para vivir (RFL-A)	Osman et al, 1998	Adolescentes (adaptación de inventario de razones para vivir. Linehan 1985)	Evalúa riesgo de comportamiento suicida	14 factores	Clinico, investigación, observación	Da al especialista un anteproyecto para comenzar el tratamiento
Índice de potencial suicida niño-adolescente (CASPI)	Pfeffer et al, 2000	6-7 años	Evalúa riesgo de comportamiento suicida	30 factores si/no	Clinico, investigación, observación	Excelente veracidad y validez
Instrumentos administrados por el especialista						
Escala potencial de índice infantil (CSPS)	Pfeffer et al, 1979	6-12 años	Evalúa el comportamiento suicida y factores de riesgo	17 paginas (batería de 8 escalas)	Clinico, investigación	Ofrecido al niño y padres
Entrevista potencial de suicidio (SPI)	Reynolds, 1991	11-18 años	Evalúa el riesgo de suicidio	4 paginas, 22 factores	Diagnostico, investigación, observación	
Escala de ideas suicidas (SSI)	Beck et al, 1979 ^a .	Investigación limitada con adolescentes	Mide la frecuencia, intensidad y duración de ideas suicidas	4 paginas, 19 factores	Clinico, diagnostico, investigación, observación	
Escala de intentos suicidas (SIS)	Beck et al, 1974 ^a .	Sin estudios en niños y adolescentes	Mide el intento de morir en los que intentan el suicidio	15 factores	Clinico, investigación	

¿En qué consiste el tratamiento?

Debido a la necesidad de responder a una crisis suicida, el tratamiento debería ser provisto dentro de un servicio de contención que incluya recursos para pacientes internados, pacientes ambulatorios a corto y largo plazo e intervención de emergencia.

¿Qué se debe hacer con un niño o adolescente que se ha intentado suicidar?

El niño o adolescente que ha intentado el suicidio debería ser hospitalizado si su inestabilidad hace que su comportamiento sea impredecible, indicando al menos un riesgo serio a corto plazo. Los rasgos de estado mental predictivos de riesgo a corto plazo incluyen: incapacidad de formar una alianza con el clínico, falta de veracidad o incapacidad para debatir o regular la emoción o el comportamiento, pensamiento psicótico, intoxicación actual por drogas o alcohol, o múltiples intentos previos de suicidio.



Los rasgos diagnósticos que indican la necesidad de hospitalización incluyen el trastorno depresivo mayor con rasgos psicóticos, ciclado rápido con la irritabilidad y comportamiento impulsivo, psicosis con alucinaciones imperativas y el abuso de alcohol o sustancias. Entre los factores sociales destaca la falta de apoyo ambiental suficiente para ayudar a estabilizar el estado psiquiátrico del niño o adolescente.

El especialista debe ser consciente de las propias limitaciones en la predicción y en la influencia sobre la familia y el paciente.

¿Qué tipo de Intervención se hace en caso de emergencia?

Los niños y adolescentes con ideación suicida aguda o intentos de suicidio son normalmente evaluados y tratados en primer lugar en una sala de urgencias.

No se les debe dar de alta sin haber verificado con sus padres o tutores el estado del niño o adolescente, prevenir sobre los efectos desinhibidores de las drogas o el alcohol, advertir sobre la necesidad de retirar de su alcance las armas de fuego, medicación u objetos que puedan resultar letales, comprobar que existe una figura de apoyo en el hogar y programar la siguiente cita.

El tratamiento será mejor seguido cuanto más se adecue a las expectativas de la familia, sean económicamente factibles y los padres estén dispuestos a apoyar la asistencia.

Siempre se debe ayudar al paciente y a la familia a identificar los precipitantes potenciales, comenzar con la resolución de problemas sobre cómo prevenir la re-ocurrencia del comportamiento suicida. Se puede negociar un "contrato de no-suicidio" que incrementa el compromiso pero no sustituye otro tipo de intervención. Se debe evitar todo discurso coercitivo porque puede alentar la decepción y el desafío. Para facilitar el cumplimiento del tratamiento se deben permitir visitas si surge una crisis.

¿Cuándo se debe dar el alta hospitalaria?

No existe evidencia de que la exposición a otros paciente psiquiátricos suicidas incremente el riesgo de comportamiento suicida. Para determinar cuándo un paciente está listo para el alta hospitalaria o la unidad de crisis se incluye una evaluación de la severidad de la ideación suicida existente y de la intención suicida. Evitar las coerciones implícitas, por ejemplo decirle al paciente que no será dado de alta hasta que pueda asegurar que no se va a suicidar. La atención a los patrones de funcionamiento familiar claramente disfuncionales o la enfermedad psiquiátrica parental, puede mejorar los cuidados ambulatorios posteriores del niño o el adolescente.

La hospitalización parcial puede proporcionar más tiempo que la hospitalización aguda para estabilizar la condición emocional y encarar los estresores y los problemas ambientales. Puede ser utilizado como un escalón anterior respecto a la hospitalización psiquiátrica aguda.

¿Qué casos requieren tratamiento ambulatorio?

Debe ser utilizado sólo cuando el niño o adolescente no sea propenso a actuar bajo impulsos suicidas, cuando exista apoyo suficiente en el hogar y cuando haya alguien que pueda tomar una decisión si el comportamiento o el ánimo del adolescente se deterioran.

¿Qué tipo de psicoterapia es la más adecuada?

Los niños y adolescentes suicidas informan de tener sentimientos intensos y dolorosos, depresión e inutilidad; ira, ansiedad y una incapacidad desesperanzadora para cambiar o encontrar solución a circunstancias frustrantes. Pueden responder impulsivamente a su sensación de desesperación con un intento de suicidio.



El objetivo de las técnicas psicoterapéuticas es disminuir tales sentimientos y pensamientos intolerables y reorientar las perspectivas cognitivas y emocionales del niño o adolescente suicida. El clínico debe estar disponible al paciente y su familia, ser diestro en el manejo de crisis y relacionarse con el paciente de forma honesta y consistente; comprender las actitudes del paciente suicida y sus problemas vitales, transmitiendo un sentido de optimismo y actividad.

Terapia cognitivo-conductual

Los niños y adolescentes suicidas a menudo experimentan cogniciones negativas sobre sí mismos, su entorno y su futuro. Es un tipo de intervención efectiva para los síntomas depresivos.

Se cree que los individuos suicidas tienen dificultades para comunicar y negociar sus necesidades y deseos y frecuentemente se refugian en estrategias de afrontamientos pasivas y evitativas, un modelo basado en métodos más directivos y asertivos de comunicación incrementará la capacidad del adolescente para conceptualizar soluciones alternativas a los problemas. Se pueden explorar las preocupaciones sobre la autonomía y la confianza, las distorsiones cognitivas, cogniciones, atribuciones y conceptos negativos de sí mismo.

Psicoterapia interpersonal

El comportamiento suicida en niños y adolescentes se asocia frecuentemente a los conflictos interpersonales y el tratamiento de estos puede reducir el riesgo suicida.

La psicoterapia interpersonal (TIP) es una terapia limitada en el tiempo que dirige los problemas interpersonales, que son categorizados en: pérdidas, disputas interpersonales, transiciones de roles y déficits interpersonales. Es un tratamiento adecuado para suicidas deprimidos con problemas interpersonales. Se focaliza en el estilo y efectividad de las relaciones interpersonales actuales y en el contexto social inmediato.

La fase inicial conlleva una evaluación de los síntomas, diagnóstico y una historia de relaciones interpersonales. El terapeuta educa al paciente sobre los síntomas de depresión y ubica los síntomas dentro de un marco de dificultad interpersonal, como las reacciones ante las pérdidas, disputas interpersonales y transición de roles. En la fase intermedia se abordan los problemas propios del paciente apoyando los esfuerzos para disminuir el pesimismo del paciente y los esfuerzos por alcanzar nuevas soluciones a los dilemas; se enfatizan opciones para el cambio. En la fase final apoya la independencia del paciente nuevamente adquirida y reconocida para controlar las preocupaciones interpersonales. El objetivo es asistir al paciente para reconocer y disminuir los efectos de futuros síntomas depresivos.

Terapia dialéctico-comportamental

Es la única terapia que ha demostrado ser efectiva en la reducción de suicidio en adultos con trastorno límite de la personalidad.

Esta basado en una teoría biosocial en la que los comportamientos suicidas son considerados como soluciones de mala adaptación a las emociones negativas dolorosas pero también tienen cualidades reguladoras de afecto y obtienen ayuda de otros. El tratamiento conlleva el desarrollo de estrategias orientadas a los problemas para aumentar la tolerancia al sufrimiento, la regulación de emociones, la efectividad interpersonal y el uso de los inputs racionales y emocionales para realizar decisiones más equilibradas.

El terapeuta conduce un análisis del comportamiento de cada problema con el objetivo de entender su función y las situaciones que lo provocaron, identificando soluciones constructivas y evitando problemas.

Psicoterapia psicodinámica



Su objetivo es resolver conflictos internos relacionados con experiencias tempranas de rechazo, disciplina severa y abuso. A su vez trata de mejorar la autoestima permitiendo a los niños o adolescentes suicidas tengan más confianza en sí mismos, y ser menos inhibidos por la creencia de que son responsables de crear sus circunstancias problemáticas. No está demostrada su eficacia.

Terapia familiar

La intervención familiar puede disminuir la discordia familiar, la pobre comunicación y el sentirse integrado en el seno familiar, mejorar la efectividad de la resolución de problemas y conflictos familiares, así como los sentimientos de culpabilidad del niño o el adolescente suicida. La terapia cognitiva basada en la familia intenta reencuadrar el conocimiento de la familia acerca de sus problemas, modificar los patrones de funcionamiento desadaptativos y alentar a las relaciones familiares positivas.

¿Cuál es el tratamiento farmacológico que se suele seguir en estos casos?

Se considera el litio o un estabilizador de humor como tratamiento farmacológico de elección para niños y adolescentes con trastorno bipolar, antes que un antidepresivo. El tratamiento de mantenimiento con litio reduce en gran parte (8.6 veces) la recurrencia de intentos de suicidio en adultos con trastorno bipolar u otros trastornos afectivos mayores. Además, cuando se interrumpe el tratamiento con litio la tasa de intentos de suicidio aumenta de 7 a 9 veces. En niños y adolescentes la prescripción de litio requiere especial cuidado, ya que la sobredosis puede ser letal.

Los niños y adolescentes suicidas deprimidos con una historia de trastorno bipolar deberían de ser tratados con un estabilizador del humor antes de recibir un antidepresivo.

Los ISRS deben considerarse como tratamiento de primera elección para los niños y adolescentes suicidas por su bajo potencial letal, en contraste con los antidepresivos. Se debe observar cualquier incremento en la agitación o los pensamientos suicidas.

Los estimulantes solo se prescriben en niños y adolescentes con TDAH.

¿Es posible la prevención del suicidio?

Las principales aproximaciones, en la salud pública, hacia la prevención de suicidios han sido (1) líneas telefónicas de crisis; (2) restricción de métodos; (3) búsqueda indirecta de casos a través del sistema educativo; (4) búsqueda directa de casos; (5) asesoramiento a los medios de comunicación; y (6) entrenamiento a profesionales.

¿Cómo intervenir después de un suicidio?

Cuando un padre o hermano comete suicidio, aumenta el riesgo de síntomas de ansiedad y depresión. Una gran proporción de estos niños desarrolla trastornos de ansiedad que conllevan a trastorno de estrés posttraumático (TEP) y trastornos del humor que pueden acabar en una depresión mayor. Tener un amigo o conocido que ha cometido suicidio aumenta la probabilidad de inicio de depresión mayor, trastorno de ansiedad, ideación suicida y comienzo de un TEP en adolescentes en los 6 meses inmediatamente posteriores al suicidio.

Un trastorno psiquiátrico previo y de historia familiar de trastorno psiquiátrico aumenta la vulnerabilidad para los adolescentes expuestos al suicidio de un coetáneo. Haber sido testigo del suicidio o haber estado presente en el escenario aumenta el riesgo del adolescente de TEP y de trastornos de ansiedad.

Ya que el intento de suicidio de un adolescente aumenta el riesgo de comportamiento suicida o trastorno psiquiátrico en los amigos o conocidos, se debe prestar atención y prestar apoyo a éstos en caso de que fuera necesario. El objetivo es disminuir la probabilidad de otros de identificarse con el comportamiento suicida como estrategia de afrontamiento, promover el duelo, disminuir los sentimientos de culpa, trauma o el aislamiento social del niño o el adolescente.