



Manual El suicidio en niños y adolescentes



ÍNDICE

1. TRASTORNOS MENTALES EN NIÑOS Y ADOLESCENTES	3
1.1. Trastornos depresivos en niños y adolescentes	4
1.1.1. Signos y síntomas	4
1.1.2. Trastorno depresivo mayor	5
1.1.3. Trastorno depresivo persistente (distimia)	5
2. ESTUDIOS Y TASAS DE SUICIDIO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES	7
3. FACTORES DE RIESGO Y PROTECTORES FRENTE A LA CONDUCTA SUICIDA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES	10
3.1. Factores de riesgo se suicidalidad	10
3.2. Evaluación de la magnitud del riesgo suicida	12
3.3. Factores protectores en suicidalidad infanto juvenil	14
4. MITOS ACERCA DEL SUICIDIO INFANTO JUVENIL	17
BIBLIOGRAFÍA	21



1. TRASTORNOS MENTALES EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Aunque a veces se asume que la infancia y la adolescencia son etapas libres de preocupaciones, hasta el 20% de los niños y adolescentes tienen uno o más trastornos mentales diagnosticables. La mayoría de estos trastornos pueden considerarse una exageración o distorsiones de conductas y emociones normales.

Al igual que los adultos, los niños y adolescentes tienen distintos temperamentos. Algunos son tímidos y retraídos; otros son socialmente eufóricos. Algunos son metódicos y precavidos; otros, impulsivos y descuidados. Lo que determina si un niño se comporta como un niño típico o presenta un trastorno es la presencia de alteraciones y el grado de angustia relacionado con los síntomas. Por ejemplo, una niña de 12 años puede estar atemorizada por la perspectiva de presentar el informe de un libro delante de sus compañeros. Este temor se consideraría un trastorno de ansiedad social si fuera lo suficientemente intenso para causar angustia y evitación significativas.

Hay mucha superposición entre los síntomas de muchos trastornos y las conductas y las emociones de niños normales. Por consiguiente, muchas estrategias útiles para manejar problemas conductuales en los niños también pueden aplicarse en aquellos que tienen trastornos mentales. Además, el tratamiento apropiado de los problemas conductuales de la infancia puede disminuir el riesgo de que los niños con temperamentos vulnerables evolucionen a un trastorno florido. Además, el tratamiento eficaz de algunos trastornos (p. ej., ansiedad) durante la infancia puede reducir el riesgo de trastornos del estado de ánimo en el futuro.

Los trastornos mentales más comunes de la infancia y la adolescencia caen dentro de las siguientes categorías:

- Trastornos de ansiedad
- Trastornos del estado de ánimo
- Trastornos por comportamientos disruptivos (p. ej., trastorno por déficit de atención/hiperactividad [TDAH]).
- La esquizofrenia y los trastornos relacionados son mucho menos frecuentes.

Sin embargo, con más frecuencia que no, los niños y adolescentes presentan síntomas y problemas que atraviesan límites diagnósticos. Por ejemplo, > 25% de los niños con TDAH también tienen un trastorno de ansiedad, y el 25% cumple con los criterios para un trastorno del estado de ánimo.

El intento de suicidio constituye una situación clínica grave que, generalmente, se asocia a trastornos del ánimo. En la infancia y adolescencia, si bien no es tan común como en la edad adulta, ha ido cobrando cada vez más importancia en este grupo etario, constituyendo un problema de salud pública prevalente en la actualidad.



1.1. Trastornos depresivos en niños y adolescentes

Los trastornos depresivos se caracterizan por tristeza o irritabilidad que es lo bastante grave o persistente para interferir con el funcionamiento o provocar una angustia considerable. El diagnóstico se alcanza por la anamnesis y el examen físico. El tratamiento es con antidepresivos, terapia de apoyo y cognitivo-conductual, o ambos.

Los trastornos depresivos en niños y adolescentes incluyen

- Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo
- Trastorno depresivo mayor
- Trastorno depresivo persistente (distimia)

El término depresión se utiliza a menudo vagamente para describir un estado de ánimo bajo o de desánimo que es consecuencia de decepciones (p. ej., enfermedad grave) o pérdidas (p. ej., la muerte de un ser querido). Sin embargo, este tipo de estados de ánimo bajos, a diferencia de la depresión, se producen en oleadas que suelen estar ligadas a pensamientos o recuerdos del evento desencadenante, se resuelven cuando las circunstancias o eventos mejoran, pueden ser intercaladas con períodos de emoción positiva y humor, y no van acompañadas de penetrantes sentimientos de inutilidad y auto-odio. El estado de ánimo bajo dura habitualmente días en lugar de semanas o meses, y los pensamientos suicidas y la pérdida prolongada de la funcionalidad son mucho menos probables. Tales estados de ánimo bajos se llaman más apropiadamente desmoralización o tristeza. Sin embargo, los eventos y los factores de estrés que causan la desmoralización y el dolor también pueden precipitar un episodio depresivo mayor.

Se desconoce la etiología de la depresión en niños y adolescentes, pero es similar a la de los adultos; se considera que se debe a las interacciones de factores de riesgo genéticamente determinados con estrés ambiental (en particular, privación y pérdida en etapas tempranas de la vida).

1.1.1. Signos y síntomas

Las manifestaciones básicas son similares a las de los adultos, pero se relacionan con preocupaciones típicas de los niños, como tareas escolares y juego. A veces, los niños son incapaces de explicar sus sentimientos o estados de ánimo internos. Debe considerarse depresión cuando niños con buen desempeño previo bajan su rendimiento académico, se retraen de la sociedad o cometen actos delictivos.

En algunos niños con un trastorno depresivo mayor, el estado de ánimo predominante es irritabilidad más que tristeza (una diferencia importante entre las formas infantiles y adultas). La irritabilidad asociada con depresión infantil puede manifestarse por hiperactividad y comportamiento antisocial, agresivo.

En niños con discapacidad intelectual, los trastornos depresivos u otros trastornos del estado de ánimo pueden manifestarse por síntomas somáticos y alteraciones conductuales.

1.1.2. Trastorno depresivo mayor

El trastorno depresivo mayor es un episodio depresivo característico que dura 2 o más semanas. Se observa hasta en el 2% de los niños y el 5% de los adolescentes. El trastorno de depresión mayor puede aparecer por primera vez a cualquier edad pero es más frecuente después de la pubertad. Sin tratamiento, la depresión mayor puede remitir en 6-12 meses. El riesgo de recurrencia es mayor en los pacientes que tienen episodios graves, que son más jóvenes, o que han tenido múltiples episodios. La persistencia de los síntomas depresivos leves incluso durante la remisión es un fuerte predictor de recurrencia.

Para el diagnóstico, uno o más de los siguientes síntomas deben estar presentes durante la mayor parte del día casi todos los días durante el mismo período de 2 semanas:

- Sentirse triste o que otros observen que está triste (p. ej., entre lágrimas) o irritable
- Pérdida de interés o de placer en casi todas las actividades (a menudo, expresada como profundo aburrimiento)

Además, deben estar presentes cuatro o más de los siguientes síntomas:

- Disminución de peso (en los niños, la falta de lograr el aumento de peso esperado) o disminuir o aumentar el apetito
- Insomnio o hipersomnia
- Agitación o retardo psicomotor observado por otros (no auto-reporte)
- Cansancio o pérdida de energía
- Disminución de la capacidad para pensar, concentrarse y tomar decisiones
- Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte) o ideación o planes suicidas
- Sentimientos de inutilidad (es decir, al sentirse rechazados y no queridos) o de culpa excesivos o inapropiados

En los adolescentes, la depresión mayor es un factor de riesgo de fracaso académico, abuso de sustancias y comportamiento suicida. Mientras están deprimidos, los niños y los adolescentes tienden a atrasarse académicamente y pierden relaciones importantes con compañeros.



1.1.3. Trastorno depresivo persistente (distimia)

La distimia es un estado de ánimo deprimido e irritable persistente que dura casi todo el día por más días que los que no, durante ≥ 1 año más ≥ 2 de las siguientes opciones:

- Apetito escaso o excesivo
- Insomnio o hipersomnia
- Baja energía o fatiga
- Baja autoestima
- Escasa concentración
- Sentimientos de desesperanza

Un episodio depresivo mayor puede ocurrir antes del inicio o durante el primer año (es decir, antes de que se cumpla el criterio de duración para el trastorno depresivo persistente).



2. ESTUDIOS Y TASAS DE SUICIDIO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Una perspectiva psiquiátrica ampliada de la conducta suicida permite tanto en lo descriptivo como en su análisis conocer factores sociodemográficos y relacionarlos con factores psicopatológicos. De modo de caracterizar a grupos de riesgo suicida e identificar las condiciones psicopatológicas o enfermedades mentales que les son asociadas y susceptibles de ser tratadas. Este enfoque permite concluir que los hombres se suicidan más que las mujeres; que estas últimas lo intentan más veces; que el número de suicidios aumenta con la edad, y que tiene más incidencia en adolescentes y jóvenes. Este enfoque ha permitido saber qué condiciones mórbidas como la depresión y la esquizofrenia son potentes factores de riesgo suicida y que el abuso de drogas y alcohol son frecuentes factores psicosociales presentes en la suicidalidad. Este enfoque ha permitido diseñar políticas para intervenir preventivamente iniciando tratamientos precoces de las condiciones de riesgo suicida. Aunque la evidencia ha ido mostrando cierta tendencia al aumento de conductas suicidas en los jóvenes en las últimas décadas (Hulten *et al.*, 2000), algunos países que han aplicado fuertes políticas de prevención de la conducta suicida han tenido tasas de suicidios más bajas en los últimos años (Mittendorfer Rutz & Wasserman, 2004).

Contando con un enfoque psiquiátrico mejorado por los estudios epidemiológicos y del comportamiento social, aún falta conocer más los aspectos particulares de cada sujeto en relación con su funcionamiento psíquico individual y su conexión con el pensamiento suicida. El conocimiento de la estructura de personalidad del individuo, su estilo emocional frente al dolor y la pérdida, su estilo de enfrentamiento social o su nivel de esperanza ante la vida son factores psicológicos que conectados a variables psiquiátricas y sociales dan una mirada más multidimensional al fenómeno. La perspectiva psicológica busca entender el suicidio desde la dinámica del funcionamiento mental del sujeto. La consideración e identificación de variables sociodemográficas como género, edad, tipos familiares, eventos vitales, junto a variables psiquiátricas asociadas y a variables psicológicas de dinámica intrapsíquica, permiten contar con un análisis asociativo más integrador del conjunto de factores involucrados en la conducta suicida. Este enfoque multifactorial y multidimensional que considera el aspecto individual y el de interacción social en la explicación del fenómeno del suicidio, parece ser más conveniente desde el punto de vista clínico para abordar el estudio de la conducta suicida que ocurre en la adolescencia. Recordemos que la relación con pares es una tarea desafiante para un adolescente que le exige contar con habilidades de socialización y constitución de individualidad. En la adolescencia, la búsqueda de una identidad es un proceso final esencial del ser adolescente. Este proceso, en la búsqueda del logro, sitúa al adolescente en un estado de vulnerabilidad frente a potenciales desequilibrios psicológicos o circunstancias externas adversas, si estas existiesen. El concepto de sí mismo en la adolescencia es en esencia inestable, por lo que determinadas vivencias o circunstancias externas pueden ser fuente de satisfacción o bien de temores o angustias excesivas que pueden alterar el proceso evolutivo y favorecer la aparición de estados emocionales negativos, los que pueden activar conductas desadaptativas o de autolesión con riesgo vital, como es el caso de la conducta suicida.



Se estima que los datos oficiales sobre suicidio son menores que las cifras reales. En parte este subregistro está influido por si efectivamente se registran o no determinadas muertes como un suicidio.

En el caso de suicidios e intentos suicidas en adolescentes, también podría existir un subregistro, especialmente relacionado con el fuerte impacto familiar que tiene la conducta suicida en un joven. Unos padres dolidos y con sentimiento de culpa tienden a encubrir o a minimizar las conductas autolesivas de sus hijos, y en otras ocasiones las desconocen hasta que estas se hacen evidentes.

Aun reconociendo la posibilidad de subregistro, los datos epidemiológicos aportan una mirada global del problema de la suicidalidad en la adolescencia. En Estados Unidos, el suicidio es la tercera causa de muerte entre los 15 y los 19 años pudiendo llegar a representar la segunda entre 15 a 24 años en población autóctona (Shaughnessy *et al.*, 2004). En 21 de 30 países de la región europea, el suicidio de adolescentes hombres entre 15 y 19 años tuvo un incremento en la década de los noventa (Mittendorfer Rutz & Wasserman, 2004).

Con respecto a la *ideación suicida*, se conoce que muchos adolescentes la experimentan alguna vez en su vida. Su prevalencia en la adolescencia es aproximadamente 15-25%, variando en severidad desde pensamientos de muerte e ideación pasiva hasta ideación suicida específica con planificación. Tienden a ser más los adolescentes que presentan ideación suicida que los que intentan suicidarse (Dubow *et al.*, 1989). En nuestro país, la Encuesta Mundial de Salud Escolar (EMSE, 2004) detectó que en escolares entre 13 y 15 años de edad de la Región Metropolitana la ideación suicida ocurrida en los últimos 12 meses el estudio alcanzaba hasta un 21,7%.

La estimación de intento suicida a lo largo de la vida de los adolescentes varía desde 1,3 a 3,8% en varones y 1,5 a 10,1% en mujeres, con mayores tasas en las mujeres que en los hombres hacia los rangos de mayor edad (Fergusson & Lynskey, 1995). Se conoce que tanto la ideación suicida como el intento suicida son potentes factores de riesgo de muerte por suicidio (Gomez *et al.*, 1992), y que los intentadores suicidas pueden tener una probabilidad cien veces mayor de suicidarse durante el año siguiente al acto suicida (Gómez *et al.*, 1993). Aunque difícil de cuantificar, se ha estimado que la frecuencia de suicidio consumado es cinco veces menor que la de intentos suicidas (Henry *et al.*, 1993). Las mujeres son más propensas al intento suicida que los hombres, y estos tienen cinco veces más probabilidad de suicidio que las mujeres (Blumenthal, 1990). Los adolescentes suicidas son como casos semejantes a los intentadores suicidas, pero se diferenciarían en que los primeros presentarían una mayor comorbilidad psiquiátrica y han tenido menos posibilidad de tratamiento (Brent *et al.*, 1994).

Datos estadísticos de suicidio juvenil en el mundo muestran que algunas de las mayores tasas se registran en Europa oriental. En Belarus 35,1/100.000 habitantes, Lituania 30,4/100.000 y Rusia 30,1/100.000. Tasa bajas de suicidio se registran en países como Filipinas 2,1/100.000, Paraguay 4,1/100.000 y Colombia 4,9/100.000 (WHO, 1998).



En Chile, la tasa de mortalidad general por suicidio es de 11,8 por 100.000 habitantes en el año 2011. En el grupo de menores de 10 años la tasa es de 0,0 y en el de 10 a 19 años es de 6,0. Son 167 (123 hombres y 44 mujeres) las “muertes por lesiones autoinferidas intencionalmente” registradas durante el año 2011 en menores de 20 años en nuestro país. Dos muertes corresponden a niños menores de 10 años de edad (MINSAL, 2012). Es probable que el aumento de muertes por suicidio observado en nuestro país en el período 2000-2006 refleje el impacto del mejoramiento de los procedimientos en la obtención de información epidemiológica, tal como ha sucedido en otros países (Mittendorfer Rutz & Wasserman, 2004). Un estudio de prevalencia de ideación suicida en los últimos 12 meses realizado en nuestro país con adolescentes entre 14 y 19 años de 5 colegios de la Región Metropolitana encontró una frecuencia de 45% de ideación suicida y 11% de intento suicida (Ventura-Juncá *et al.*, 2010).

La investigación en nuestro país respecto a la conducta suicida en adolescentes ha sido principalmente de carácter descriptivo tanto en poblaciones ambulatorias como hospitalizadas, además de revisiones sistemáticas de la literatura respecto del tema en cuestión. Los hallazgos en cifras y características de la conducta suicida son semejantes a los estudios internacionales y muestran un panorama de que en población juvenil habría una tendencia creciente.

3. FACTORES DE RIESGO Y PROTECTORES FRENTE A LA CONDUCTA SUICIDA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

3.1. Factores de riesgo de suicidalidad

La identificación oportuna y específica de factores de riesgo de intento y de reintento suicida nos puede ayudar a comprender y a prevenir la incidencia de actos suicidas. Los adolescentes con conducta suicida tienden a ser un grupo heterogéneo y se ven afectados por una combinación de distintos factores de riesgo suicida, es necesario entonces una acuciosa evaluación e identificación de estos factores. Ser varón, vivir solo o alejado de los padres, mayor número de intentos previos (potente factor de riesgo), como también haber tomado precauciones para no ser detectado al momento del intento son factores que incrementan el riesgo subsiguiente de intento suicida o suicidio después de un intento reciente. En población pediátrica hospitalizada por intento suicida se encontró una mayor proporción del género femenino y una mayor proporción de adolescentes versus niños. Un 34,8% de los pacientes era reintentador y un 41,3% presentaba un trastorno depresivo (Valdivia *et al.*, 2001). Destacó el dato de que la mitad de los pacientes relataron algún grado de violencia intrafamiliar y que menos de la mitad de los pacientes adolescentes intentadores hospitalizados adhieren a un seguimiento médico al alta hospitalaria. Este grupo de pacientes está altamente expuesto a reintento y suicidio al no intervenir y modificar condiciones de riesgo suicida que pudieran permanecer. Se deben revisar ahí las estrategias de adhesión al control médico tratándose de adolescentes, quienes por lo general se resisten a las intervenciones clínicas, ya que muchos de ellos las ven como medidas de control o de dependencia.

No hay un único predictor de riesgo suicida. Varios factores han sido asociados a la etiología de la conducta suicida en los adolescentes. Uno de ellos ya mencionado es el género. La tasa de suicidio consumado en mujeres adolescentes es menor que la de varones, esta contrasta con la tasa de ideación e intentos suicidas que es mucho mayor en las mujeres que en los hombres; 3:1 (Bridge *et al.*, 2006). La razón de tasas de suicidio entre hombres y mujeres en Chile es de 4,6:1 (19,4 por 100.000 habitantes en hombres de todas las edades y de 4,2 en mujeres) (MINSAL, 2012).

Con respecto a la edad, las tasas de suicidio aumentan consistentemente desde la infancia a la adolescencia, tal vez por la mayor prevalencia de psicopatología en los adolescentes, particularmente la combinación de trastornos del ánimo con consumo de sustancias (Shaffer *et al.*, 1996). Un potente predictor de intento suicida es el intento suicida previo. Este factor de riesgo constituye el factor individual más potente para el reintento y el suicidio en adolescentes. El riesgo de repetición tiende a ser mayor en los primeros 3 a 6 meses luego del intento, manteniéndose elevado con respecto a la población general por al menos 2 años (Bridge *et al.*, 2006).

La conducta suicida del adolescente está condicionada también por características del funcionamiento psíquico del sujeto, de la presencia de psicopatología y de estresores ambientales y relacionales. Respecto al funcionamiento psicológico, un persistente estado

emocional de desesperanza (la expectativa negativa acerca del futuro) es un predictor significativo de ocurrencia suicida (Beck *et al.*, 1990). Un estudio con adolescentes escolares chilenos intentadores suicidas encontró que la desesperanza se asociaba con suicidalidad cuando se relacionaba con otra variable como la depresión, es decir cuando se expresaba en un contexto psicopatológico (Salvo *et al.*, 1998).

El aislamiento social, la hostilidad, un concepto negativo de sí mismo, la baja autoestima, el comportamiento agresivo e impulsivo y la autopercepción de ineficacia son condiciones con expresión emocional que influyen negativamente en mantener relaciones interpersonales satisfactorias. Varios estudios asocian la impulsividad con la conducta suicida adolescente (Kashden *et al.*, 1993) y hacen notar que los adolescentes más impulsivos pueden realizar intentos con poca planificación y de un modo inesperado, por lo que la prevención para este subgrupo impulsivo podría centrarse en la restricción al acceso de métodos letales (Bridge *et al.*, 2006).

La autolesión deliberada, un conjunto de conductas donde el sujeto se produce daño físico de forma intencional, ha sido relacionada con la conducta suicida (Brent *et al.*, 1994). Estas conductas llamadas también *parasuicidas*, pueden o no estar motivadas por el deseo de matarse. Muchas veces la intención del adolescente es solo descargar un estado o conflicto emocional intolerable o buscar la preocupación de los demás por su persona.

Se ha descrito que el riesgo suicida aumenta en los miembros de una familia con historia familiar suicida (Qin *et al.*, 2003). La carga genética para intento suicida se asocia a una temprana aparición de intentos suicidas en la adolescencia. Existe evidencia basada en estudios familiares de adopción y con gemelos que apoyan la tendencia familiar de transmisión que tendría la conducta suicida, independientemente de los trastornos psiquiátricos familiares *per se*. La descendencia con intentos suicidas presenta un riesgo aumentado de suicidio en su familia, mientras que la descendencia con suicidio consumado, tiene mayor riesgo de intentos suicidas, apoyando el planteamiento de que el fenotipo que se transmite es la tendencia a la conducta suicida la cual varía en letalidad (Bridge *et al.*, 2006). La disfunción familiar severa y la sensación del joven de no sentirse apoyado por su familia son factores que pueden desencadenar un intento suicida en adolescentes (Morano *et al.*, 1993). Del mismo modo, la presencia de psicopatología en los padres, como depresión, abuso de sustancias y conductas antisociales, son factores de riesgo tanto para intento como para suicidio consumado en adolescentes. Estos estudios implican que la historia familiar de conducta suicida y la percepción de funcionamiento familiar, deben ser considerados en toda evaluación con adolescentes.

La exposición a conducta suicida también se ha sido vinculada a mayor riesgo suicida en los individuos vulnerables y se ha planteado que el mecanismo podría ser la imitación o modelaje. Un estudio con descendencia de padres con depresión y alto riesgo suicida mostró que la descendencia expuesta a conductas suicidas tiene más tendencia a reportar intentos suicidas a lo largo de la vida que los no expuestos. Sin embargo, cuando se examina la secuencia temporal de exposición e intento (que necesariamente deben ocurrir en ese orden temporal para afirmar que el riesgo se explica por imitación), la asociación ya no es significativa. Esto sugiere

que la imitación no es suficiente explicación, si no que los expuestos tendrían también más trastornos mentales como depresión y conductas de riesgo (impulsividad, agresividad, consumo de sustancias) (Burke *et al.*, 2010).

La prevalencia de trastornos psiquiátricos aumenta en nueve veces el riesgo suicida y puede estar presente hasta en un 90% en los adolescentes intentadores y suicidas (Shaffer *et al.*, 1996; Bridge *et al.*, 2006). Los trastornos afectivos son potentes factores de riesgo suicida. En adolescentes víctimas de suicidio se encontró que los hombres diagnosticados con depresión mayor tuvieron 8 veces más probabilidad de cometer suicidio que los hombres que no tenían el trastorno, en tanto las mujeres depresivas tuvieron casi 50 veces más probabilidad de cometer suicidio al compararlas con las no depresivas (Shaffer *et al.*, 1996). Se puede afirmar que uno de los principales factores de riesgo para suicidio en adolescentes mujeres son los trastornos del ánimo.

Se suman a los anteriores factores de riesgo suicida los trastornos de personalidad, especialmente el tipo *borderline*. Adolescentes diagnosticados con trastorno de personalidad tienen 10 veces más probabilidad de cometer suicidio que los no diagnosticados. Esta probabilidad aumenta y predice la reincidencia de intento suicida cuando la alteración de personalidad se asocia a depresión y abuso de sustancias (Blumenthal, 1990). El abuso de sustancias y alcohol se ha asociado fuertemente al riesgo suicida (Wu *et al.*, 2004), especialmente en adolescentes varones con trastornos de ánimo o disruptivos (Bridge *et al.*, 2006). El abuso de drogas y el alcohol es más frecuente en los intentadores que en los ideadores suicidas sugiriendo que el alcohol facilita la transición desde ideación a conducta e interactuaría con otros factores de riesgo provocando disminución del autocontrol y estimulando la impulsividad. Estos datos de investigación dan base para plantear que los factores de riesgo suicida entre la población juvenil son multifactoriales e interrelacionados.

Un estudio con adolescentes entre 12 y 19 años evaluó el rol protector de la inteligencia emocional (capacidad de percibir, integrar en el pensamiento, comprender y manejar las propias emociones) en la conducta suicida. Se examinó si la habilidad en manejar emociones es protectora para conducta suicida (ideación o intento) en presencia de eventos estresantes, y efectivamente se observó que estos son altamente predictivos de intento de suicidio en individuos con inteligencia emocional baja, débilmente predictivos en presencia de inteligencia emocional media y no tienen relación con inteligencia emocional alta (Cha & Nock, 2009).

3.2. Evaluación de la magnitud del riesgo suicida

El riesgo suicida como deseo de quitarse la vida es difícil de medir, pues no es un fenómeno objetivo, estable y fácilmente cuantificable, e incluso si se logra medir objetivamente parece fluctuar de un momento a otro haciendo que la evaluación sea válida por corto tiempo. La evaluación del paciente con riesgo suicida es un proceso dinámico, debe ser metódico y minucioso, que incluya las características del intento de suicidio mismo, del paciente, de los antecedentes personales y familiares de la presencia de psicopatología y de conducta suicida, de

la red de apoyo y de los eventos vitales relacionados, pues es posible que el fracaso en una adecuada evaluación puede resultar en mortalidad.

La evaluación del riesgo suicida debe estar orientada a detectar quiénes suponen una amenaza inmediata para su propia vida. Se debe evaluar cada uno de los factores de riesgo analizados anteriormente e identificar los factores protectores con que cuenta el paciente. Si hay intento, se debe indagar *la intención del paciente en su real deseo de morir* (puede que el intento no haya tenido una letalidad efectiva, pero el paciente sí haya creído que conseguiría morir). En cuanto al intento, se deben indagar los antecedentes de intentos previos, la letalidad del método escogido (la real y la percibida por el paciente) y la accesibilidad a él y la intención del paciente, es decir, su real deseo de morir. Este *deseo de morir* es una potente variable predictiva de reintento y de consumar el acto suicida, y se puede evaluar indirectamente conociendo la evidencia de planificación del intento (por ej., dejar cartas de despedida, avisarle a alguien distante), o bien al evitar que lo detecten y eventualmente que lo salven y también al expresar frustración por el intento fallido con deseo de intentarlo nuevamente. Respecto a la *motivación al acto* (la razón dada por el paciente para cometer el intento), los pacientes mencionan que desean morir o bien “escapar permanentemente” de una situación psicológicamente dolorosa, reflejando a menudo dificultades en las habilidades sociales e interpersonales. Los conflictos interpersonales, las pérdidas afectivas, los conflictos escolares o familiares son factores precipitantes comunes en una conducta suicida en los adolescentes (Bridge *et al.*, 2006).

Con respecto a la evaluación del adolescente, desde la intervención clínica, es fundamental una anamnesis detallada, donde se obtenga información acerca de la historia psiquiátrica del paciente (depresión, desesperanza, psicosis, esquizofrenia, impulsividad, abuso de drogas o alcohol), antecedentes médicos (enfermedad crónica, discapacidad), historia de suicidalidad previa y antecedentes familiares de psicopatología e intentos de suicidio. Además se deben identificar *factores psicosociales de riesgo* (escolaridad, desempleo, aislamiento social, separación reciente, relaciones familiares conflictivas, eventos vitales estresantes, fechas significativas), así como también posibles *factores protectores* que pudieran contrarrestar el riesgo suicida (capacidad de afrontar y resolver problemas, percepción de apoyo social, satisfacción vital, espiritualidad o credo religioso, alianza terapéutica con profesional de ayuda, ser responsable de otros).

Con el avance de la investigación en temas de suicidio y buscando objetivar la evaluación del riesgo suicida se ha desarrollado una variedad de instrumentos (Range & Knott, 1997). Las primeras evaluaciones fueron simples listas de chequeo de información demográfica relacionada con suicidalidad; con el tiempo, y un mayor conocimiento, evolucionaron a cuestionarios más extensos con subescalas separadas que evalúan distintos aspectos que influyen en el riesgo suicida.

Sin embargo, hasta hoy ningún instrumento sustituye al criterio clínico. Dentro de instrumentos de evaluación disponibles, algunos han sido enfocados a evaluar constructos específicos que se relacionan con riesgo de suicidio como la desesperanza (Beck's Hopelessness Scale) o síntomas depresivos (Beck's Depression Inventory), y otros, a una

evaluación más global, considerando variados aspectos que influyen en la suicidalidad. Algunos instrumentos están estructurados como autorreporte y otros como entrevista estructurada o semiestructurada dirigida por el clínico.

Algunos estudios sugieren que los instrumentos de autorreporte identifican a los adolescentes en riesgo igual o mejor que otras metodologías quizás debido a que los adolescentes pueden revelar información con más facilidad con mediciones que perciben como “privadas”. Además, tienen valor como método de *screening*, ya que se completan y se les otorga puntaje rápidamente. Se apoya la idea de utilizar autorreportes para predecir conducta y pensamientos suicidas en adolescentes hospitalizados, especialmente, los que evalúan una amplia gama de factores relacionados teóricamente con suicidio (valoración negativa de uno mismo, hostilidad, etc), lo que es particularmente importante en adolescentes hospitalizados, los cuales podrían negar la ideación suicida buscando ser dados pronto de alta.

Por su parte, las entrevistas (estructuradas o semiestructuradas) otorgan estructura y organizan los datos facilitando el proceso de recopilación de información de manera de minimizar los errores por omisión de datos. La evaluación se enriquece por la observación clínica, considerando este aspecto, se han elaborado entrevistas de evaluación de riesgo suicida semiestructuradas que se centran en el proceso de entrevista y en el contexto del desarrollo de una alianza terapéutica y de confianza, que facilita que el paciente revele información.

En la revisión de la literatura nacional, encontramos un estudio que analiza el Cuestionario de Suicidalidad de Okasha, que es una escala de ideación y de conducta suicida autoaplicada formada por 4 ítems, donde los tres primeros exploran ideación suicida y el cuarto consulta sobre intento de suicidio (Salvo *et al.*, 2009). Se realizó un estudio con estudiantes de enseñanza media y concluyó que en adolescentes chilenos esta escala de suicidalidad presenta una elevada consistencia interna y homogeneidad, además de correlacionarse significativamente con bajo grado de autoestima, menor apoyo social y mayor nivel de impulsividad. El punto de corte fue de 5 puntos con una sensibilidad de 90% y especificidad de 79%.

3.3. Factores protectores en suicidalidad infanto juvenil

- Poseer habilidades sociales que le permitan integrarse a los grupos propios de la adolescencia en la escuela y la comunidad de forma positiva.
- Poseer confianza en sí mismo, para lo cual debe ser educado destacando sus éxitos, sacando experiencias positivas de los fracasos, no humillarlos ni crearles sentimientos de inseguridad.
- Tener habilidades para enfrentar situaciones de acuerdo a sus posibilidades, lo cual les evitará someterse a eventos y contingencias ambientales en las que probablemente fracasará, reservando las energías para abordar aquellas empresas en las que salga triunfador.
- Tener capacidad de autocontrol sobre su propio “destino”.



- Poseer y desarrollar una buena adaptabilidad, responsabilidad, persistencia, perseverancia, razonable calidad de ánimo y de los niveles de actividad.
- Aprender a perseverar cuando la ocasión lo requiera y a renunciar cuando sea necesario.
- Tener buena autoestima, autoimagen y suficiencia.
- Desarrollar inteligencia y habilidades para resolver problemas.
- Saber buscar ayuda en momentos de dificultades, acercándose a la madre, el padre, los abuelos, otros familiares, un buen amigo, los maestros, el médico, el sacerdote o el pastor.
- Saber pedir consejos ante decisiones relevantes y saber elegir la persona más adecuada para brindarlos.
- Ser receptivo a las experiencias ajenas y sus soluciones, principalmente aquellas que han tenido exitoso desenvolvimiento.
- Ser receptivo ante las nuevas evidencias y conocimientos para incorporarlos a su repertorio.
- Estar integrado socialmente y tener criterio de pertenencia.
- Mantener buenas relaciones interpersonales con compañeros de estudio o trabajo, amigos, maestros y otras figuras significativas.
- Tener apoyo de los familiares y sentir que se le ama, se le acepta y apoya.
- Lograr una auténtica identidad cultural.
- Poseer habilidades para emplear adecuada y sanamente el tiempo libre.
- Evitar el consumo de sustancias adictivas (café, alcohol, drogas, tabaco, fármacos, etc.)
- Aprender a posponer las gratificaciones inmediatas por aquellas a largo plazo que arrojen resultados duraderos.
- Desarrollar una variedad de intereses extrahogareños que le permitan equilibrar las dificultades en el hogar si las tuviera.
- Saber expresar a personas confiables aquellos pensamientos dolorosos, desagradables y muy molestos, incluyendo las ideas suicidas u otras, por muy descabelladas que pudieran parecer.



A estos factores habría que añadir la capacidad para hacer utilización de las fuentes que brindan salud mental, como las consultas de consejería, de psicología o psiquiatría, las unidades de intervención en crisis, los servicios médicos de urgencia, los médicos de la familia, agencias de voluntarios en la prevención del suicidio, etc. Se debe educar a los adolescentes en el aprovechamiento de las fuentes de salud mental existentes en la comunidad, cuándo hacer uso de ellas, qué beneficios se pueden obtener, qué servicios o posibilidades terapéuticas se les puede brindar y favorecer con ello que se haga un uso racional de las mismas.

En esta propia vertiente se debe comenzar un sistemático esfuerzo para educar a los adolescentes en la tolerancia hacia las personas con trastornos mentales y la aceptación del trastorno mental como un tipo de trastorno similar a otras afecciones crónicas no transmisibles, evitando la estigmatización y las actitudes de rechazo hacia quienes las padecen, lo cual incrementará las probabilidades futuras de aceptarlas en caso de padecerlas y buscar ayuda para recibir tratamiento especializado, disminuyendo las posibilidades de cometer suicidio si se tiene en consideración que padecer una enfermedad mental es un factor de riesgo suicida comprobado, y si no se la trata, peor aún.

Se puede contribuir a modificar las actitudes peyorativas hacia las personas con trastornos mentales evitando utilizar calificativos tales como “anormales”, “enfermos”, “tarados”, “locos”, y modificando las interpretaciones del sufrimiento emocional al considerarlo como una “cobardía”, “una incapacidad”, “una blandenguería” y otras calificaciones que inhiben las posibilidades de buscar apoyo en quienes las padezcan.

Los mitos son criterios culturalmente aceptados y entronizados en la población, que no reflejan la veracidad científica pues se trata de juicios de valor erróneos con respecto al suicidio, a los suicidas y a los que intentan el suicidio, que deben ser eliminados si se desea colaborar con este tipo de personas. Con cada mito se intentan justificar determinadas actitudes de quienes los sustentan, las que se convierten en un freno para la prevención de esta causa de muerte.

Algunos de los mitos que te presentamos en el siguiente cuadro, extraídos del MINSAL, y es importante recalcar que los mitos alrededor del suicidio tienden a ser transversales, ignorando el grupo etario al que afecta.

MITO	CRITERIO CIENTÍFICO
<p><i>El que se quiere matar no lo dice</i> Criterio equivocado pues conduce a no prestar atención a las personas que manifiestan sus ideas suicidas o amenazan con suicidarse.</p>	<p>De cada diez personas que se suicidan, nueve de ellas dijeron claramente sus propósitos, y la otra dejó entrever sus intenciones de acabar con su vida.</p>
<p><i>El que lo dice no lo hace.</i> Criterio equivocado ya que conduce a minimizar las amenazas suicidas las que pueden ser consideradas erróneamente como chantajes, manipulaciones, alardes, etc.</p>	<p>Todo el que se suicida expresó con palabras, amenazas, gestos o cambios de conducta lo que ocurriría.</p>
<p><i>Los que intentan el suicidio no desean morir, sólo hacen el alarde.</i> Criterio equivocado porque condiciona una actitud de rechazo a quienes intentan contra su vida, lo que entorpece la ayuda que estos individuos necesitan.</p>	<p>Aunque no todos los que intentan el suicidio desean morir, es un error tildarlos de alardosos, pues son personas a las cuales les han fracasado sus mecanismos útiles de adaptación y no encuentran alternativas, excepto el intentar contra su vida.</p>
<p><i>Si de verdad se hubiera querido matar, se hubiera tirado delante de un tren.</i> Criterio equivocado que refleja la agresividad que generan estos individuos en quienes no están capacitados para abordarlos.</p>	<p>Todo suicida se encuentra en una situación ambivalente, es decir, con deseos de morir y de vivir. El método elegido para el suicidio no refleja los deseos de morir de quien lo utiliza, y proporcionarle otro de mayor letalidad es calificado como un delito de auxilio al suicida (ayudarlo a que lo cometa), penalizado en el Código Penal vigente.</p>
<p><i>El sujeto que se repone de una crisis suicida no corre peligro alguno de recaer.</i> Criterio equivocado que conduce a disminuir las medidas de observación estricta del sujeto y la evolución sistematizada del riesgo de suicidio.</p>	<p>Casi la mitad de los que atravesaron por una crisis suicida y consumaron el suicidio, lo llevaron a cabo durante los tres primeros meses tras la crisis emocional, cuando todos creían que el peligro había pasado. Ocurre que cuando la persona mejora, particularmente luego de una crisis depresiva, se facilita la acción, está en condiciones de llevar a vías de hecho las ideas suicidas que aún persisten, y antes, debido a la inactividad e incapacidad de movimientos ágiles, no podía hacerlo.</p>

MITO	CRITERIO CIENTÍFICO
<p><i>Todo el que intenta el suicidio estará en ese peligro toda la vida.</i> Criterio equivocado que intenta justificar la sobreprotección hacia el individuo en algunos casos y el estigma o rechazo por temor a que se repita.</p>	<p>Entre el 1 % y el 2 % de los que intentan el suicidio, lo logran durante el primer año después del intento, y entre el 10 al 20 % lo consumarán en el resto de sus vidas. Una crisis suicida dura horas, días, raramente semanas, por lo que es importante reconocerla para su prevención.</p>
<p><i>El acercarse a una persona en crisis suicida sin la debida preparación para ello, sólo mediante el sentido común, es perjudicial y se pierde el tiempo para su abordaje adecuado.</i> Criterio equivocado que intenta limitar la participación de voluntarios en la prevención del suicidio.</p>	<p>Si el sentido común nos hace asumir una postura de paciente y atenta escucha, con reales deseos de ayudar al sujeto en crisis a encontrar otras soluciones que no sean el suicidio, se habrá iniciado la prevención.</p>
<p><i>Todo el que se suicida está deprimido.</i> Criterio equivocado que tiende a hacer sinónimo el suicidio y la depresión, lo cual no se ajusta a la estricta evidencia.</p>	<p>Aunque toda persona deprimida tiene posibilidades de realizar un intento de suicidio o un suicidio, no todos los que lo hacen presentan este desajuste. Pueden padecer esquizofrenias, alcoholismo, trastornos del carácter, etc.</p>
<p><i>Todo el que se suicida es un enfermo mental.</i> Criterio equivocado que intenta hacer sinónimo el suicidio y la enfermedad mental.</p>	<p>Los enfermos mentales se suicidan con mayor frecuencia que la población en general, pero no necesariamente hay que padecer un trastorno mental para hacerlo. Pero no cabe duda de que todo suicida es una persona que sufre.</p>
<p><i>El suicidio se hereda.</i> Criterio equivocado que tiende al nihilismo terapéutico, pues se cree erróneamente que lo que está determinado por la herencia es imposible modificarlo.</p>	<p>No está demostrado que el suicidio se herede, aunque se puedan encontrar varios miembros de una misma familia que hayan terminado sus vidas por suicidio. En estos casos, es más probable un efecto de imitación y, lo heredado, puede ser más bien la predisposición a padecer determinada enfermedad mental en la cual el suicidio es un síntoma principal.</p>
<p><i>El suicidio no puede ser prevenido pues ocurre por impulso.</i> Criterio equivocado que limita las acciones preventivas pues si ocurre de esta manera es imposible pronosticarlo y por tanto prevenirlo. Invita a la inercia terapéutica.</p>	<p>Toda persona, antes de cometer un suicidio, evidencia una serie de síntomas que han sido definidos como Síndrome Presuicidal, consistente en constricción de los sentimientos y el intelecto, inhibición de la agresividad, la cual ya no es dirigida hacia otras personas reservándola para sí, y la existencia de fantasías suicidas, todo lo que puede ser detectado a su debido tiempo y evitar se lleven a cabo sus propósitos.</p>
<p><i>Al hablar sobre el suicidio con una persona en este riesgo se le puede incitar a que lo realice.</i> Criterio equivocado que infunde temor para abordar la temática del suicidio en quienes están en riesgo de cometerlo.</p>	<p>Está demostrado que hablar sobre el suicidio con una persona en tal riesgo en vez de incitar, provocar o introducir en su cabeza esa idea, reduce el peligro de cometerlo, y puede ser la única posibilidad que ofrezca el sujeto para el análisis de sus propósitos autodestructivos.</p>

MITO	CRITERIO CIENTÍFICO
<p>Sólo los psiquiatras pueden prevenir el suicidio. Criterio equivocado que pretende constituir la prevención del suicidio en un terreno exclusivo de los psiquiatras y excluyente de otros auxilios potenciales.</p>	<p>Es cierto que los psiquiatras son profesionales experimentados en la detección del riesgo de suicidio y su manejo, pero no son los únicos que pueden prevenirlo. Cualquiera interesado en auxiliar a este tipo de personas, puede ser un valioso colaborador en su prevención.</p>
<p>Los que intentan el suicidio y los que se suicidan son individuos peligrosos, pues igual que intentan contra si mismo pueden intentar contra los demás. Criterio equivocado que tiende a generar temor al enfrentamiento a este tipo de individuos.</p>	<p>El homicidio es un acto heteroagresivo que, generalmente, no se acompaña de suicidio en quienes lo realizan. El suicidio es un acto autoagresivo, en el que los impulsos destructivos el sujeto los vierte contra si mismo. Existen ocasiones en las que el suicida, antes de morir, mata a otros, como en el llamado suicidio ampliado en depresiones con síntomas psicóticos y en dramas pasionales.</p>
<p>El tema del suicidio debe ser tratado con cautela por los problemas sociopolíticos que ocasiona. Criterio equivocado que limita la investigación, abordaje y prevención de esta causa de muerte evitable y que denota un desconocimiento prejuiciado del tema por quien lo esgrime.</p>	<p>El tema del suicidio debe ser tratado de igual forma que otras causas de muerte, evitando las noticias sensacionalistas y aquellos manejos que provoquen la imitación de esa conducta. Por otra parte, el suicidio es una forma de morir que se observa en países de regímenes socioeconómicos diferentes, desde los muy desarrollados hasta los que apenas tienen recursos, pues responde a factores diversos, como son los biológicos, psicológicos, sociales, psiquiátricos, existenciales, etc.</p>
<p>Una persona que se va a suicidar no emite señales de lo que va a hacer Criterio equivocado que pretende desconocer las manifestaciones prodrómicas del suicidio.</p>	<p>Todo el que se suicida expresó con palabras, amenazas, gestos o cambios de conducta lo que ocurriría.</p>
<p>El suicida desea morir Criterio equivocado que pretende justificar la muerte por suicidio de quienes lo cometen y que, por tanto, tarde o temprano lo llevará a cabo.</p>	<p>El suicida está ambivalente, es decir desea morir si su vida continúa de la misma manera y desea vivir si se produjeran pequeños cambios en ella. Si se diagnostica oportunamente esta ambivalencia se puede inclinar la balanza hacia la opción de la vida.</p>
<p>El que intenta el suicidio es un cobarde Criterio equivocado que pretende evitar el suicidio equiparándolo con una cualidad negativa de la personalidad.</p>	<p>Los que intentan el suicidio no son cobardes sino personas que sufren.</p>
<p>El que intenta el suicidio es un valiente Criterio equivocado que pretende equiparar el suicidio con una cualidad positiva de la personalidad lo cual entorpece su prevención pues lo justifica haciéndolo sinónimo de un atributo imitable y que todos desean poseer</p>	<p>Los que intentan el suicidio no son valientes ni cobardes, pues la valentía y la cobardía son atributos de la personalidad que no se cuantifican o miden según la cantidad de veces que alguien se quita la vida o se la respeta.</p>
<p>Sólo los pobres se suicidan. Criterio equivocado que no tiene en consideración que es una causa democrática de muerte.</p>	<p>Los pobres también pueden suicidarse aunque es más probable que por sus condiciones de pobreza, mueran de enfermedades infectocontagiosas u otras.</p>

MITO	CRITERIO CIENTÍFICO
<p>Sólo los ricos se suicidan Criterio equivocado que desconoce la posibilidad de que el suicidio se presente entre las capas más pobres de la sociedad.</p>	<p>El suicidio se observa con mayor frecuencia entre los habitantes de países desarrollados, pero evidentemente los ricos no son los únicos que se suicidan.</p>
<p>Sólo los viejos se suicidan Criterio equivocado que pretende evadir al suicidio como causa de muerte en las edades tempranas de la vida</p>	<p>Los ancianos realizan menos intentos de autodestrucción que los jóvenes pero utilizan métodos más letales al intentarlo, lo cual conlleva al suicidio con mas frecuencia.</p>
<p>Los niños no se suicidan Criterio equivocado que intenta negar la triste realidad del suicidio infantil.</p>	<p>Después que un niño adquiere el concepto de muerte puede cometer suicidio y de hecho ocurre este acto a estas edades.</p>
<p>Si se reta un suicida no lo realiza. Criterio equivocado que pretende probar fuerzas con el sujeto en crisis suicida, desconociendo el peligro que significa su vulnerabilidad.</p>	<p>Retar al suicida es un acto irresponsable, pues se está frente a una persona vulnerable en situación de crisis, cuyos mecanismos de adaptación han fracasado, predominando precisamente los deseos de autodestruirse.</p>
<p>Cuando una depresión grave mejora ya no hay riesgo de suicidio. Criterio equivocado que ha costado no pocas vidas, pues desconoce que en los deprimidos suicidas el componente motor mejora primero que el componente cognitivo</p>	<p>Casi la mitad de los que atravesaron por una crisis suicida y consumaron el suicidio, lo llevaron a cabo durante los tres primeros meses tras la crisis emocional, cuando todos creían que el peligro había pasado. Cuando la persona mejora, sus movimientos se hacen más ágiles, está en condiciones de llevar a vías de hecho las ideas suicidas que aún persisten, y antes, debido a la inactividad e incapacidad de movimientos ágiles, no podía hacerlo.</p>
<p>Los medios de comunicación no pueden contribuir a la prevención del suicidio. Criterio equivocado que pretende continuar emitiendo noticias sensacionalistas sólo para vender, sin tener en cuenta las consecuencias del mensaje emitido.</p>	<p>Los medios de comunicación pueden convertirse en un valioso aliado en la prevención del suicidio, si enfocan correctamente la noticia sobre el tema y cumplen las sugerencias de los suicidólogos sobre cómo difundirlas.</p>



BIBLIOGRAFÍA

- Ministerio de Salud (2013). Programa nacional de prevención del suicidio. Orientaciones para su Implementación. Extraído desde
http://www.minsal.cl/sites/default/files/Programa_Nacional_Preencion.pdf
- Molina, Paz., (2017). Intento de suicidio en niños y adolescentes. Extraído desde
<https://sintesis.med.uchile.cl/index.php/en/profesionales/informacion-para-profesionales/medicina/condiciones-clinicas2/psiquiatria/876-5-01-1-029>
- Pacheco B., Peralta P. (2015). La conducta suicida en la adolescencia y sus condiciones de riesgo. Revista de Ciencias Médicas Volumen 40 número 1 año 2015. ISSN: 0719-1855. Extraído desde
<https://arsmedica.cl/index.php/MED/article/download/38/13>
- **Generalidades sobre los trastornos mentales en niños y adolescentes**
<https://www.msdmanuals.com/es-cl/professional/pediatr%C3%ADa/trastornos-mentales-en-ni%C3%B1os-y-adolescentes/generalidades-sobre-los-trastornos-mentales-en-ni%C3%B1os-y-adolescentes>
- **Trastornos depresivos en niños y adolescentes**
<https://www.msdmanuals.com/es-cl/professional/pediatr%C3%ADa/trastornos-mentales-en-ni%C3%B1os-y-adolescentes/trastornos-depresivos-en-ni%C3%B1os-y-adolescentes>
- **Factores protectores del comportamiento suicida**
<https://www.psicologia-online.com/factores-protectores-del-comportamiento-suicida-622.html>