

Conductas suicidas en la adolescencia: Una guía práctica para la intervención y la prevención

José L. Pedreira-Massa

*Consejo Asesor del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, Ministerio de Sanidad, Madrid
 Hospital La Luz, Quirón Salud, Madrid*

Abstract: *Suicidal behaviors in adolescence: A practical guide for intervention and prevention.* In Spain, suicide rates have increased during the last ten years. The increase has been particularly significant among adolescents. This paper realizes a conceptual update of suicidal behavior, following WHO criteria. A review is carried out of the risk factors for suicidal behavior in adolescence, both biological, psychological and social, differentiating between concurrent causes, precipitating causes and underlying psychopathological process. In particular, a review of the concept of suicidal ideation in adolescence is carried out, as an entry key to develop early intervention and preventive intervention activities. Finally, a protocol is created for intervention and prevention from social, media, school, family and health systems, including intervention by hospital emergency services.

Keywords: Suicide; adolescence; suicidal ideation; early intervention; prevention.

Resumen: En España las tasas de suicidio han tenido un incremento durante los últimos diez años. Ese incremento ha sido particularmente significativo en la etapa de la adolescencia. En el presente trabajo se realiza una actualización conceptual de las conductas suicidas, siguiendo los criterios de OMS. Se realiza una revisión de los factores de riesgo hacia la conducta suicida en la adolescencia, tanto los biológicos, como los psicológicos y sociales, diferenciando entre causas concurrentes, causas precipitantes, causas desencadenantes y proceso psicopatológico subyacente. De forma particular se realiza una revisión del concepto de ideación suicida en la adolescencia, como llave de entrada para desarrollar actividades de intervención precoz y de tipo preventivo. Finalmente se realiza un protocolo para la intervención y la prevención desde los sistemas social, mediático, escolar, familiar y sanitario, incluyendo la intervención desde los servicios de urgencia hospitalaria.

Palabras clave: Suicidio; adolescencia; ideación suicida; intervención precoz; prevención.

Introducción: Aspectos conceptuales

Actualmente se detecta un creciente interés en el tema de los suicidios y tentativas de suicidio en la adolescencia. Este interés es común tanto a profesionales como población en general, pero de forma paradójica la intervención es poco planificada y escasamente consistente. Existen múltiples dificultades para evaluar este

capítulo: intentos de minimizar el problema debido a la edad de los suicidas, creencias religiosas, inexactitud en los certificados de defunción, tabúes sociales. Pero estas dificultades ya eran anunciadas por un forense español a mediados del siglo pasado en un informe emitido a la sazón al equivalente del Tribunal Supremo.

La OMS configura el concepto de conducta suicida en la adolescencia en torno a cuatro apartados: suicidio consumado, tentativa o intento de suicidio, amenaza de suicidio e ideación suicida; a lo que añade una quinta muy actual que recomienda sea contemplada como tal: las conductas autolesivas.

El suicidio consumado incluye todos los actos autoinflingidos por el adolescente y que dan como resultado su propia muerte. Así enunciado parece que debe ser fácil el diagnóstico, pero la práctica demuestra que no lo es. Se su-

Recibido: 9 de agosto de 2019; aceptado: 15 de septiembre de 2019
 Correspondencia: José L. Pedreira-Massa, Salud Mental de la Infancia y Adolescencia, Hospital La Luz, Quirón Salud, Madrid (C/ Maestro Ángel Llorca, 8. Planta 4). Correo-e: jolupedrema@gmail.com
 Basado en la Conferencia institucional impartida el Día Internacional para la Prevención del Suicidio, Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, Madrid, 29 de septiembre de 2019.

man variadas y complejas trabas entre las que caben señalar: dificultades de diagnóstico diferencial entre acto suicidario y acto accidental, imprudencia o conducta temeraria.

La tentativa o intento de suicidio o parasuicidio se refiere a todo acto realizado por el adolescente que sin llegar a tener como resultado la muerte, es realizado de forma deliberada contra sí mismo. En esta definición se incluye la voluntariedad del acto, lo que ya debaten muchos autores es sobre si debe estar presente o no el deseo de muerte en la consumación del acto suicidario y que no se incluye en el concepto la causa subyacente al acto en sí mismo.

La ideación suicida es un concepto amplio que incluye tanto los pensamientos inespecíficos sobre el escaso o nulo valor de la vida, hasta pensamientos concretos acerca de la consumación de un suicidio o las amenazas a llevarlo a cabo.

Finalmente, en lo que concierne a las conductas autolesivas, la automutilación y autoagresiones se refieren al acto realizado que modifica el estado de humor del sujeto originando lesiones físicas que altera la función, pérdida de sustancia y daño en los tejidos en cualquier parte del cuerpo tipo cortes, quemaduras, ataduras. En su conjunto son mecanismos desadaptativos, en un intento, insuficiente e inadecuado, por mantener la integridad psicológica.

Como punto de partida, existen unos aspectos fundamentales que se deben tener en cuenta en relación con el suicidio durante la adolescencia: (1) El suicidio en la adolescencia no es un proceso psicopatológico, sino una conducta; (2) es una conducta voluntaria y con plena conciencia del sujeto; y (3) la mayoría de los autores consultados constatan que en la adolescencia la conducta suicida debiera ser considerada como un continuo que se origina en la ideación, las autoagresiones, la amenaza, las posibles tentativas y puede finalizar con el suicidio consumado.

Dimensión del problema

La mayoría de los trabajos consultados coinciden en la dificultad de la cuantificación y en el sesgo que se introduce en la notificación de los casos de suicidio, sobre todo por las resistencias a que en estas edades acontezcan este tipo de conductas. Muchos factores se han aducido para esta dificultad: imprecisión en las definiciones, dificultades para diferenciar entre suicidio-accidente-juego en algunas situaciones concretas, factores de tipo religioso y/o cultural, inscribir en la notificación de la causa de fallecimiento otro motivo más inmediato. No obstante la consulta a diversos estudios y a las fuentes de información estadística nos ayuda a comprender la dimensión del problema que nos ocupa.

Muchos de los suicidios consumados suceden a partir de los 13-15 años de edad y son excepcionales con anterioridad a los 10 años de edad, siendo más frecuentes en

los chicos que en las chicas, en una proporción de 2/1. La tasa media de suicidios consumados en la infancia y adolescencia es de 76.4/100.000 durante el periodo comprendido entre 1970 y 1985, constituyendo la segunda causa de muerte en estas edades. La evolución sufrida durante este periodo en varios países es muy significativa para evaluar la dimensión del problema (véase la Figura 1).

El método que prioritariamente emplean los adolescentes para los suicidios, según los estudios de la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2016), son el ahorcamiento y la sobreingesta de medicinas u otro tipo de sustancias, pero en determinados países está comenzando a aparecer el arma de fuego como tercer método más empleado.

Entre las causas valoradas como posibles en este incremento de las tasas se han aportado las siguientes: incremento del desempleo juvenil, disminución de la población con edad inferior a los 15 años, incremento del porcentaje de mujeres que trabajan fuera del hogar, incremento de las tasas de divorcios, incremento del clima de violencia social y de la tasa de homicidios, incremento del consumo de alcohol y otras sustancias de abuso, los cambios en las creencias religiosas y pertenencia a sectas.

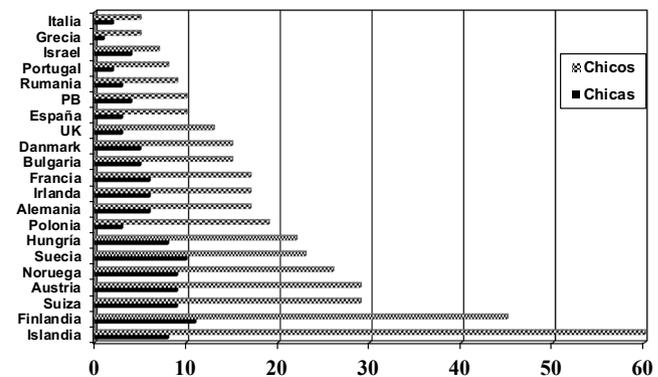


Figura 1. Tasas de suicidio en Europa por cada 100.000 habitantes entre 15 y 24 años. Fuente: WHO (2016).

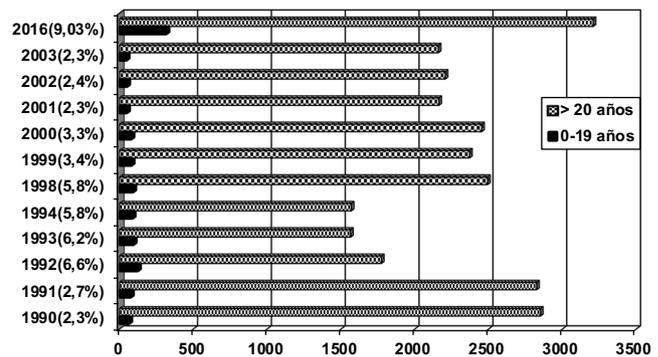


Figura 2. Evolución del número de suicidios en España. En la ordenada se indica el año a que corresponden y, entre paréntesis, el porcentaje de suicidios para cada año en menores de 20 años con respecto al total de suicidios de ese año. Fuente: INE (2019b).

La tasa de suicidios en España en todas las bandas de edad en 2016 fue de 7.76/100.000 habitantes (INE, 2019a). Según la misma fuente, el número total de suicidios en la infancia y la adolescencia en 2016 fue de 319 lo que supuso una tasa de suicidio en la infancia y adolescencia de 2.79/100.000 habitantes menores de 19 años, siendo la proporción entre niños y niñas de 2.5/1 y solo 12 de todos ellos acontecieron con una edad inferior a los 14 años. Desde una perspectiva comparativa se comprueba que en los últimos años el número de suicidios había disminuido en la década de los 90 del pasado siglo, pero en los últimos 10 años se ha incrementado dicha tasa de suicidios en España; la proporción de suicidios consumados en la infancia y adolescencia también se ha ido incrementando, casi en la misma proporción, pasando del 2.3% en 1990 al 9.03% en 2016 (INE, 2019b; véase la Figura 2). Este sensible incremento porcentual se debe tanto a las modificaciones de los suicidios de la edad adulta como a un incremento absoluto (que solo representa el doble) de los suicidios en esta etapa de la vida; la explicación habría que buscarla en una mejor cobertura a los problemas de salud mental en la edad adulta que en la infancia y la adolescencia, es decir: la reforma de la asistencia psiquiátrica ha tenido un impacto mayor inicial en la edad adulta que en la infancia y la adolescencia. En otras palabras: la perspectiva preventiva aún no ha sido contemplada en la asistencia de la salud mental, por lo que la atención a la infancia y la adolescencia es de una relativa baja calidad, a pesar de los reiterados intentos desarrollados por diversos grupos de profesionales.

Criterios operativos para la conceptualización clínica de las conductas suicidas en la adolescencia

Los contenidos psicopatológicos de la conducta suicida deben ser referidos al proceso psicopatológico subyacente, por lo tanto hay que realizar un encuadre de trabajo y un proceso de evaluación diagnóstica muy detenido y no siempre fácil por las interferencias culpógenas, la actitud reticente y, en no pocas ocasiones, negadora tanto de la propia adolescencia como de sus familias. Se comprueba que muchas familias están más preocupadas por «olvidar» que motivadas en comprender y elaborar la situación. Todos estos datos hacen que muchos autores hayan quitado validez y fiabilidad a la denominada autopsia psicológica, a la hora de investigar las posibles causas y contextos previos al acto suicida, sobre todo en la adolescencia.

En la Tabla 1 presentamos los criterios operativos relacionados con la conceptualización de las conductas suicidas durante la adolescencia. En ella separamos en-

tre los criterios operativos referidos al suicidio, a los intentos de suicidio, a la conducta parasuicida, y a las autolesiones, pueda cada uno de estos fenómenos presenta características propias y diferenciales (véase la Tabla 1).

Factores de riesgo hacia la conducta suicida en la adolescencia

En la Figura 3 se sintetiza el recorrido que conduce hacia la conducta suicida en la adolescencia (Brent y Kolko, 1990). Los factores mejor conocidos son las causas precipitantes (p.ej., las dificultades interpersonales) que se originan y posibilitan una conjunción entre las dificultades para tener una cierta influencia en los demás, una disfunción cognitiva acerca de la relación y de las situaciones y una disminución de las energías personales. En su conjunto hace que aparezca un afecto intenso y/o una pobre regulación de los afectos que origina una impulsividad para tomar decisiones, dificultad para generar alternativas y dificultad para evaluar las consecuencias que pueden tener las acciones propias. En estas situaciones la tasa de ansiedad percibida es muy importante y la impulsividad favorece el paso al acto, que se expresa como una conducta suicida.

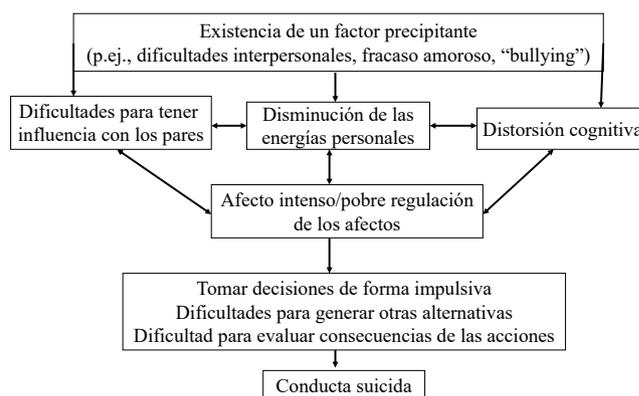


Figura 3. Recorrido comprensivo hacia la conducta suicida. Fuente: Brent y Kolko (1990). Modificado por Pedreira (1995).

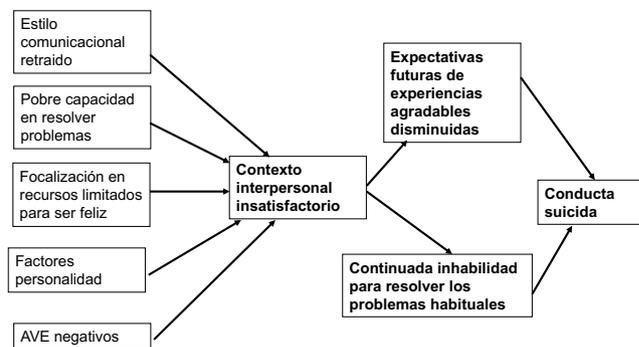


Figura 4. Factores que influyen en la conducta suicida en la adolescencia. Fuente: MacLeod y Williams (1992).

Tabla 1. Criterios operativos para caracterizar clínicamente las conductas suicidas durante la adolescencia

Criterios operativos	Definición	Consideraciones	Criterios de inclusión y exclusión
Suicidio	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desenlace fatal. 2. Auto-iniciación del acto, aunque el desenlace no lo realice el propio sujeto. 3. Conocimiento por parte del sujeto que la acción iniciada produce de forma objetiva un desenlace de muerte. Es evidente que este criterio nos sitúa ante la necesidad de que el sujeto haya adquirido el concepto de muerte como un acontecimiento real del que no se puede retornar¹. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. La intencionalidad de morir no es estrictamente necesaria. 2. El fatal desenlace se obtiene como un efecto directo y principal de la conducta realizada. 3. Que el sujeto tenga una afección terminal previa no excluye el suicidio. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Paso al acto (acting-out) de forma grandiosa y megalomaniaca en el seno de un cuadro psicótico: exclusión. 2. Lo que se conoce como «erosión suicida»: exclusión. 3. Evidencia de conocer lo que el sujeto estaba haciendo: inclusión. 4. Suicidio terrorista o sobredosis en adictos a las drogas: inclusión.
Intentos de suicidio	<ol style="list-style-type: none"> 1. No ocurre el desenlace fatal. 2. Auto-iniciación de la conducta que hubiera llevado al desenlace fatal sino hubiera sido por algún tipo de factor, tanto propio como ajeno. 3. Conocimiento o creencia por parte del sujeto de que esa conducta, iniciada por él mismo, tiende a producir la muerte de forma objetiva. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. La intención de muerte no es totalmente necesaria. 2. El fatal desenlace podría ser un efecto secundario de la conducta realizada. 3. El padecimiento de una afección terminal no excluye el suicidio. 4. El padecer un proceso médico grave no es decisivo para este tipo de conducta. 5. La consideración como tal será formulada por el método empleado. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Paso al acto (acting-out) de forma grandiosa y megalomaniaca en el seno de un cuadro psicótico: exclusión. 2. Lo que se conoce como «erosión suicida»: exclusión. 3. Acto habitual: exclusión. 4. Sobredosis no habitual de alcohol: inclusión. 5. Evidencia de conocer lo que el sujeto estaba haciendo: inclusión. 6. Suicidio terrorista o sobredosis en adictos a las drogas: inclusión.
Evaluación de la conducta parasuicida	<ol style="list-style-type: none"> 1. No ocurre el desenlace fatal. 2. Auto-iniciación de la conducta de forma activa por el propio sujeto con producción de un daño evidente (p.ej., cortes) o ingestión de forma excesiva de una sustancia que generalmente aún se mantiene en una dosis no excesivamente tóxica y si fuera tóxico se consigue conocer su ingestión (p.ej., deja evidencias a la vista). 3. Conocimiento por parte del sujeto de que la acción iniciada por él mismo puede causarle un daño o sobredosis de la sustancia ingerida. 		<ol style="list-style-type: none"> 1. Conductas habituales (incluyendo la automutilación): exclusión. 2. Conductas manipuladoras: inclusión. 3. Intoxicación alcohólica aguda: inclusión. 4. Evidencia de conocer lo que el sujeto estaba haciendo: inclusión. 5. Motivo específico desencadenante irrelevante: inclusión. 6. La consideración como tal será formulada por el método utilizado.
Autolesiones	<ol style="list-style-type: none"> 1. No ocurre el desenlace fatal. 2. Conducta activa del propio sujeto con producción de un daño evidente (p.ej., cortes en muñecas, pared del abdomen, cara interna de los muslos). 3. Conocimiento por parte del sujeto de que la acción iniciada por él mismo puede causarle un daño y dejarle señales, por ello lo suele ocultar. 		<ol style="list-style-type: none"> 1. Intoxicación alcohólica aguda: exclusión. 2. Conductas con cierto contenido manipulador: inclusión. 3. Conductas habituales: inclusión. 4. Evidencia de conocer lo que el sujeto estaba haciendo: inclusión. 5. Motivo específico desencadenante irrelevante o relacionado con malestar inespecífico: inclusión. 6. La consideración como tal será formulada por el método utilizado. <p>4.2.7. Mecanismo desadaptativo, en un intento, insuficiente e inadecuado, por mantener la integridad psicológica: inclusión.</p>

¹ Es preciso recordar que la percepción del concepto muerte tiene en la infancia y adolescencia una perspectiva evolutiva que sigue el siguiente patrón: 1ª etapa: la muerte se equipara de forma simple como una ausencia, un viaje, un abandono, una falta en la que, en muchas ocasiones, no se entiende bien la causa de la ausencia y suele producir conductas del tipo rabieta, negación; 2ª etapa: la ausencia se prolonga en el tiempo, pero aún permanece la posibilidad de un retorno o un re-encuentro; 3ª etapa: se introduce el concepto de irreversibilidad en la ausencia o de abandono definitivo; 4ª etapa: casi coincide con el concepto de muerte del sujeto adulto. No obstante estas fases varían mucho según las condiciones socio-culturales en las que se desarrolla el niño.

Este recorrido se ve afectado por una serie de factores que influyen la conducta suicida en la adolescencia (véase la Figura 4) entre los que destacan que el adolescente presente un estilo comunicacional de tipo retraído e introvertido, la pobre capacidad para resolver los problemas, muchos de ellos cotidianos, que sus pensamientos se focalicen en los aspectos más negativos que hace que evalúe que sus recursos personales son limitados para ser feliz, todo ello se ve condicionado por dos elementos que redefinen la lectura de los factores señalados: por una parte los factores de la organización, estructura y funcionamiento de la personalidad y, en segundo lugar la presencia de acontecimientos vitales estresantes de cierto impacto (acoso escolar, ciberacoso, problemas de orientación o identidad sexual) que interfieren en un momento dado. La interacción de todos los factores, señalados con anterioridad, hacen que el contexto interpersonal del adolescente se viva como muy insatisfactorio, ante lo que le quedan dos posibles salidas en su pensamiento o bien que las expectativas futuras para obtener experiencias agradables y satisfactorias a sus deseos se vean disminuidas, o bien que se manifieste o se perciba una continuada y/o mantenida inhabilidad para resolver los problemas habituales, sea por uno u otro camino el grado de insatisfacción vital, mediado por su propia personalidad, puede que le lleve a determinar que su salida es la comisión de una conducta autolítica (MacLeod, Williams, y Linehan, 1992).

En la adolescencia la relación con los pares es un factor de suma importancia, por ello se ha investigado por diversos autores el recorrido entre las relaciones con los pares y la suicidabilidad por parte de la adolescencia (Prinstein, 2003; Prinstein et al., 2018), estableciendo unas rutas posibles para el impacto de este tipo de relaciones y la realización de conductas suicidas (véase la Figura 5), teniendo en cuenta que estas rutas se establecen a lo largo del tiempo y que la respuesta ante los factores va a depender de la personalidad de cada adolescente. La ruta 1 tiene una gran actualidad, ya que proviene del hecho de la victimización por parte de los pares (sea el complejo «bullying» o acoso escolar, presencial o ciberacoso). La ruta 2 viene definida por la presencia de un estilo atribucional negativo, que conduce a cuadros o síntomas depresivos con o sin ideación suicida, lo que origina que el perfil personal para la resolución de problemas sea disfuncional dominando una reinterpretación de los estresores y una dificultad manifiesta para generar soluciones. La ruta 3 se refiere al aspecto cuantitativo de la interacción y comunicación social, la existencia de pocas amistades y/o la presencia de escasos soportes sociales tienen una relevancia muy importante para el adolescente. Por fin, la ruta 4 viene señalada

por la presencia de relaciones con pares problemáticos tanto psicológica como comportamentalmente, lo que facilita que se incremente la comisión de conductas de riesgo de todo tipo.

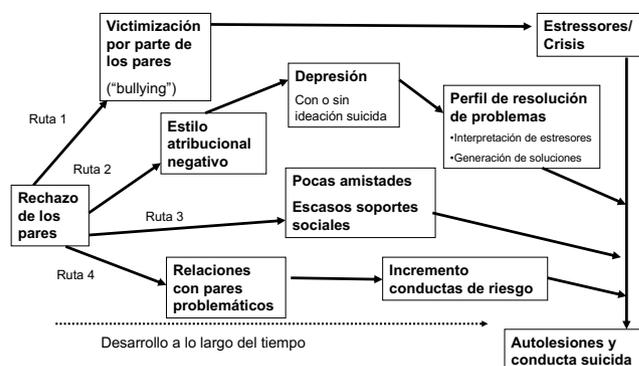


Figura 5. Recorrido entre relaciones con los pares y suicidabilidad en la adolescencia. Fuente: Prinstein (2003).

Sea por una u otra ruta, a lo largo del tiempo se pueden entrecruzar con estresores definidos, tales como acoso, estrés postraumático, ciberacoso, problemas con la orientación y/o identidad sexual, rupturas emocionales de relevancia, situaciones de violencia de género y/o familiar; o bien con la presencia de crisis personales, familiares o relacionales de importancia. Ese entrecruzamiento con la «carga» de las rutas previas pueden desencadenar la comisión de autolesiones o bien de conductas autolíticas. En relación con el estrés postraumático, de especial relevancia es el tipo III de Terr (1981). Esta autora estableció para el síndrome de estrés postraumático en la infancia y adolescencia tres tipos: Tipo I o agudo (robos, desastres naturales), Tipo II o crónico (violencia, estrés crónico. Pobreza) y el Tipo III o mixto en el que había una base de estrés crónico con fases de reagudización (violencia de género, violencia familiar, acoso y ciberacoso), siendo estas fases las de mayor riesgo de suicidio).

La situación expuesta, hace que nos debamos plantear la complejidad de los factores de riesgo y el tipo de factores de riesgo que se evalúa en cada investigación. En la Tabla 2 se expone la complejidad de las diferentes líneas de investigación que se ha seguido en el tema del suicidio en la adolescencia, donde destaca la pluralidad de los grupos de factores de riesgo posibles y que, en la mayor parte de las veces, interactúan entre sí: predisposición somática o factores de tipo constitucional, el contexto socio-cultural y socio-económico, el entorno de las relaciones interpersonales más inmediato con la presencia o ausencia de posibles figuras que pudieran asumir el rol de salvadores en un momento dado, las propias características personales con el uso o abuso de desinhibi-

Tabla 2. Complejidad en la investigación de las causas del suicidio

<i>Causas</i>	<i>Ejemplos</i>
Predisposición fisiológica	Trastornos biológicos o genéticos, temperamento hiperemotivo o hiperinhibido, enfermedades crónicas.
Contexto cultural	Normas sociales, tradiciones que animan o restringen la conducta suicida.
Contexto socio-económico	Deprivación económica, desempleo, ruptura de las infraestructuras sociales.
Entorno interpersonal inmediato.	Estrés urbano, competitividad. Fracaso escolar y/o adaptativo. Acoso o ciberacoso. Orientación/ identidad sexual.
Características personales.	Trastornos de la personalidad, afección psiquiátrica (20-25% trastornos depresivos; 20-25% conductas agresivas, y en 1/3 esperaban cita en consulta especializada), constricción cognitiva, conducta(s) adictiva(s) con y sin sustancias. Según Shaffer: irritables e hipersensibles a la crítica; impulsivos y volubles; pasivos y poco comunicativos; marcado perfeccionismo.
Uso/abuso de desinhibidores.	Alcohol, drogas, adicciones sin sustancias, frecuencia de modelos suicidas.
Presencia de conductas marginales.	Drogas, prostitución, armas de fuego, peleas y reyertas frecuentes.
Presencia o ausencia de salvadores.	Esposa, hijos, padres, otros soportes sociales.

dores o la presencia de otro tipo de conductas más o menos marginales o mezquinas son de la suficiente envergadura y complejidad como para ser muy cautos a la hora de pretender una lectura lineal de ellos.

Diversos estudios han sido realizados por varios grupos de investigación sobre el impacto y la significación de diferentes factores de riesgo (Obando et al., 2018; Sánchez-Teruel et al., 2018; Silva et al., 2017). En la Tabla 3 se compara la significación estadística de los factores en cuatro grupos: pacientes psiquiátricos sin tentativas suicidas, intentos de suicidio repetidos y pacientes con alta letalidad y elevado riesgo con un grupo control. Para el tema que nos ocupa tienen una especial relevancia los resultados de las columnas tercera y cuarta. Los factores de riesgo podrían resumirse como sigue:

1. *Factores de riesgo somático.* En la edad adulta se han detectado alteraciones bioquímicas en estudios sobre muestras de líquido céfalo-raquídeo en los suicidas. Dichas alteraciones no tienen la suficiente fiabilidad y consistencia en la infancia y adolescencia.
2. *Factores familiares.* Las dificultades familiares, las rupturas familiares, la violencia familiar, antecedentes familiares de conductas suicidas, son situaciones acompañantes a este tipo de situaciones en muchos casos. Pero en muchos otros no se ha detectado que existan especiales disfunciones familiares.
3. *Características psicológicas.* La impulsividad y un monto de ansiedad subyacente que alcanza picos bruscos, la baja tolerancia a la frustración y las distorsiones cognitivas (sobre todo para el reconocimiento afectivo) conducen a una tendencia

más manifiesta a pasos al acto o acting-out ante especiales situaciones de tensión o determinados factores desencadenantes.

4. *Características del entorno.* Sobre todo la exposición a conductas suicidas y el acceso o disponibilidad de instrumentos que puedan ser utilizados para la conducta suicida (p.ej., acceso a la tenencia y uso de armas de fuego). La presencia de factores estresantes de forma más o menos continuada, que originan un estrés crónico, con la irrupción de factores estresantes de una forma más o menos brusca, o vivir en ambientes familiares con violencia familiar o violencia de género). La importancia del entorno escolar (p.ej., otras conductas suicidas, mal rendimiento escolar, dificultades de adaptación, crisis, acoso escolar o bullying, el ciberacoso) en el desencadenamiento de la conducta suicida en relación al contexto escolar, es importante señalar que la escuela como tal no debe ser considerada como la causa de la presencia de conductas suicidas en los niños, sino un factor desencadenante. Como dato complementario indicamos en la Tabla 4 el impacto del informe de las figuras parentales y de otros informantes en dos situaciones concretas: el suicidio consumado y los ingresos por tentativas de suicidio; básicamente coinciden ambos grupos en sus apreciaciones, pero es en los suicidios consumados donde parece que las dificultades personales con padres y hermanos, la existencia de situaciones familiares especiales (p.ej., padrastros, otros familiares), o problemas de maltrato directo o de victimología en general, no son tan evidentes como en las tentativas de suicidio.

Tabla 3. Factores de riesgo para la conducta suicida

<i>Tipo de factores</i>	<i>Control</i>	<i>Pacientes psiquiátricos no suicidas</i>	<i>Intentos repetidas</i>	<i>Alta letalidad. Alto riesgo</i>
<i>Demográficos</i>	Femenino	Femenino	0	Varón
Sexo	Hijos mayores	Hijos mayores	?	Hno. mayor
Estat.Socioeconomic	Bajo	?	?	?
<i>Características Psiquiátricas</i>				
Sin Trastornos	+	0	0	0
Trastornos crónicos	+	+	+	+
Trastornos afectivos	+	+	0	+
Toxicomanías	+	+	0	+
Trastornos conducta	+	+	0	0
Psicosis	?	?	?	?
Trans. personalidad	+	+	+	?
Anteced.de amenaza o conduc.suicida	+	+	+	?
Anteced.tto.psiquiat.	+	?	-	?
<i>Características Psicológicas</i>				
Hostilidad	+	+	+	?
Desesperanza	+	+	+	+
Pobrez.habilidades.soc.	+	+	+	?
Deficiente cumplim.tareas escolares.	+	?	+	-
Impulsividad	+	+	+	?
Distors.cognitiva/pobreza estrategia comprensiva	+	+	+	?
<i>Familia/Ambiente</i>				
Hª Familiar Trastornos psiquiátricos	+	0	?	0
Sin trast. psiquiátric.	+	0	?	0
Suicid/conduc.suicidas	+	+	?	+
Trastornos afectivos	+	+	?	?
Alcoholismo/toxicom	+	0	?	0
<i>Otras características del entorno</i>				
Maltrat.fis/abuso sexual	+	+	+	?
Disonancia	+	+	?	?
Ausencia parental	+	0	+	?
Exposición a conductas suicidas	+	?	?	?
Acontecimientos vitales estresantes generaliz.	+	+	?	?
<i>Características Médicas</i>				
Epilepsia (en tto. con fenobarbital)	+	?	+	+

+ = Factor de riesgo asociado con la categoría expresada; - = Factor de riesgo poco común en suicidio completado; 0 = No existe asociación; ? = La asociación no está aún totalmente investigada.

Fuente: Garfinkel (1990).

5. *Características psiquiátricas*: En la Tabla 5 se indican los datos de un estudio (Brent et al., 1988; Garfinkel y Weller, 1990; Orbach, 1989) sobre la frecuencia de diferentes trastornos psiquiátricos, según el informe de las figuras parentales y de los informes clínicos, en el suicidio consumado y los pacientes ingresados en instituciones psiquiátricas infanto-juveniles que han tenido conductas

suicidas. No obstante, el estudio se realiza en una población muy determinada y sus resultados son solo orientadores. De los estudios más generales se desprende que los trastornos afectivos (sobre todo la depresión mayor), los trastornos de ansiedad y los trastornos de conducta son los que más posibilidades tienen de llevar a cabo la conducta suicida en determinadas condiciones. Pero sobre

Tabla 4. Frecuencia de precipitantes de la conducta suicida en adolescentes

Factor	Informe padres		Otros informantes	
	Suicidio consumado (n = 27)	Ingreso suicida (n = 56)	Suicidio consumado (n = 27)	Ingreso suicida (n = 56)
<i>Conflictos interpersonales</i>	70.4	76	70.4	76
Padres	22.2	56	22.2	56
Padrastrros	0	4	0	4
Hermanos	0	4	0	4
Otro Familiar	0	2	0	2
Pares	11.1	28	11.1	28
Novio/a	25.9	36	25.9	36
Otros	0	8	0	8
<i>Dificultades interpersonales</i>	18.5	32	18.5	32
Padres	0	4	0	4
Hermanos	0	8	0	8
Otro familiar	3.7	2	3.7	2
Pares	11.1	4	11.1	4
Novio/a	3.7	6	3.7	6
Otros	0	6	0	6
<i>Estresores externos</i>	70.4	88	70.4	88
Dificultades con la Ley	22.2	14	22.2	14
Problemas disciplinarios	0	16	0	16
Problemas escolares	37	60	37	60
Problemas económicos	22.2	26	22.2	26
Desempleo	3.7	0	3.7	0
Cambio de status laboral	14.8	0	14.8	0
Maltrato/abandono	0	12	0	12
Problemas parentales	11.1	12	11.1	12
Enfermedades de los padres	11.1	14	11.1	14
Enfermedades mentales de los padres	7.4	10	7.4	10
Otros	7.4	8	7.4	8

Fuente: Brent et al. (1988), Orbach (1989), y Garfinkel et al. (1990).

todo es fundamental la presencia de estos trastornos con co-morbilidad con trastornos de la personalidad del tipo límite y/o narcisista.

Puerta de entrada a la intervención preventiva: La ideación suicida en la adolescencia

Pérez Barrero (2006) definió la ideación suicida en la adolescencia como el pensamiento de acabar con la propia existencia, pudiendo manifestarse de las siguientes maneras:

1. *Idea suicida sin planeamiento de la acción*: Es aquella idea en la cual el sujeto expresa deseos de matarse aunque no sabe cómo hacerlo. Es frecuente que al preguntarle cómo ha pensado quitarse la vida, responda: «No sé».
2. *Idea suicida con un método inespecífico o indeterminado*: Es aquella en la que el sujeto expresa
3. *Idea suicida con un método específico pero no planificado*: Es aquella idea en la que el individuo desea morir, ha elegido un método específico, pero aún no ha considerado cuándo hacerlo, en qué lugar y qué precauciones ha de tomar para llevar a cabo el suicidio.
4. *Plan suicida*: Es aquella idea que, además de expresar sus deseos de autoeliminación, contiene el método específico, el lugar determinado y las precauciones que ha de tomar para lograr no ser descubierto y alcanzar el propósito anhelado de morir. Es muy grave cuando se presenta.

Tabla 5. Frecuencia de trastornos psiquiátricos entre víctimas de suicidio en la adolescencia (según criterios DSM-III-R)

Diagnóstico	Informe de los padres		Estimación clínica	
	Suicidio consumado (n = 27)	Ingresado suicida (n = 56)	Suicidio consumado (n = 27)	Ingresado suicida (n = 56)
<i>Trastorno afectivo</i>	63	67.9	63	82.1
Depresión mayor	40.7	62.5	40.7	75
Con síntomas psicóticos	11.1	12.5	11.1	12.5
Distimia	22.2	14.3	22.2	19.6
Con clínica maníaca	3.7	1.8	3.7	1.8
Con clínica hipomaníaca	3.7	0	3.7	1.8
<i>Trastornos de ansiedad</i>				
Fobia simple	3.7	3.6	3.7	5.4
Fobia social	0	1.8	0	1.8
Ansiedad difusa	14.8	3.6	14.8	3.6
Trastornos de pánico	0	5.3	0	5.3
Ansiedad de separación	3.7	5.3	3.7	5.3
<i>Conductas adictivas</i>	37	12.5	40.7	17.9
Alcohol	33.3	12.5	37	16.1
Otras drogas	25.9	10.7	29.6	14.3
<i>Trastornos de conducta</i>	22.2	26.8	22.2	30.4
<i>Trastornos de déficit atención</i>	25.9	8.9	25.9	8.9
<i>Presencia de algún trastorno psiquiátrico</i>	92.6	91.1	92.6	100

Fuente: Brent et al. (1988), Orbach (1989), y Garfinkel et al. (1990).

Todas estas manifestaciones de la ideación autolítica en la adolescencia deben ser exploradas semiológicamente, si el paciente no las manifiesta, pues la comunicación y el diálogo abierto sobre el tema no incrementa el riesgo de desencadenar el acto suicidiario, como erróneamente se venía considerando sino que representa una valiosa oportunidad para iniciar su prevención. ¿Cómo se debe abordar la situación? A través de las seis variantes siguientes: (1) «Evidentemente usted no se siente bien y quisiera saber cómo ha pensado resolver su situación actual»; (2) «Usted me ha manifestado que apenas duerme y quisiera saber en qué piensa cuando eso le ocurre, pues sabemos que en esos casos vienen muchas cosas a la mente»; (3) «durante este tiempo que usted se ha sentido así, ¿ha tenido pensamientos malos en relación a usted mismo/a?»; (4) «En su familia alguien se ha suicidado o ha intentado el suicidio» (esperar respuesta y preguntar): «¿Usted ha intentado alguna vez actuar contra su vida o lo ha pensado?», «Y ahora, ¿lo ha pensado?». (5) «¿Ha pensado usted quitarse la vida?»; y (6) Es fundamental que el entrevistador conozca algún caso de suicidio entre los familiares, amigos o vecinos del sujeto en riesgo, para abordarlo con lo que sigue: «¿Está pensando en solucionar su problema

de la misma manera que lo hizo Fulano, quitándose la vida?».

En muchas ocasiones el sujeto no «verbaliza» sus ideas suicidas, pero se puede llegar a sospecharlas mediante determinadas manifestaciones, tales como las siguientes:

- (a) Restar importancia a las ideas suicidas, minimizarlas, sobre todo con una sonrisa y expresiones como: «No se preocupe por mí», «No va a pasar nada».
- (b) En la adolescencia hay que evaluar con detenimiento que el cese de la angustia o una sensación de paz y tranquilidad internas o un período de calma después de una fase de agitación, son signos de grave peligro suicida, lo que ha ocurrido es que el adolescente ha resuelto el conflicto entre los deseos de vivir y los deseos de morir a favor de estos últimos, se manifiesta como «la calma antes de la tormenta».
- (c) El sujeto se identifica de manera velada o explícita con un conocido/amistad/familiar suicida mediante expresiones como: «Yo no pienso hacer lo mismo que hizo mi primo/amigo que se suicidó»,

la importancia radica en que el adolescente lo dice sin que el profesional lo haya mencionado durante la conversación.

- (d) Comparar su situación con la similar de una persona que se suicidó: «Fulano se mató cuando supo que tenía cáncer (o cualquier enfermedad grave conocida popularmente)», cuando al propio sujeto, por ejemplo, se le está investigando para diagnosticarle un proceso de cierta relevancia.
- (e) En muchas ocasiones la verbalización es muy difícil en la adolescencia, pero hay que evaluar semiológicamente los gestos que realiza, por ejemplo apuntan hacia la presencia de una idea suicida las conductas implícitas con comunicación analógica cuando se le pregunta si ha pensado en quitarse la vida, entre las que se destacan el llanto sin pronunciar palabra alguna, bajar la cabeza y mirar el piso, hacer silencio repentino, motivado por la propia pregunta; fruncir el ceño, mostrarse intranquilo, molesto o angustiado.
- (f) Esconder el futuro método ideado para cometer suicidio (acumular tabletas, llevar consigo el tóxico, preparar la soga) pero también es relevante cuando se dirige hacia el lugar elegido para realizar el acto suicidario y que habitualmente no es frecuentado por el sujeto.
- (g) Notar que está nervioso y que ingiere bebidas alcohólicas en cantidades y/o con una frecuencia inusuales por lo que llaman la atención de quienes le conocen, el sujeto trata de lograr «el valor» necesario para llevar a cabo sus intenciones.

Tiene una gran importancia que una vez determinado si la persona tiene una idea suicida, es aconsejable continuar profundizando en el tema observando la siguiente secuencia:

1. *¿Cómo ha pensado suicidarse?* Intentamos descubrir el método suicida, ya que cualquier método puede ser mortal, pero hay que tener en cuenta que se incrementa el peligro suicida si el método elegido se encuentra disponible y/o existe experiencia familiar previa de suicidios con dicho método. Sabemos que se incrementa el riesgo si se trata de tentativas repetidas que van incrementando la letalidad de los métodos utilizados para cometer el suicidio. Por lo tanto, resulta de vital importancia, en la prevención del suicidio, evitar la disponibilidad y el acceso a los métodos mediante los cuales se pueda lesionar el sujeto.
2. *¿Cuándo ha pensado suicidarse?* No se trata de averiguar una fecha concreta para cometer el sui-

cidio, sino más bien determinar si el sujeto está poniendo las cosas en orden, haciendo una especie de testamento, dejando notas de despedida, regalando posesiones que consideraba valiosas, si espera la ocurrencia de un hecho significativo como la ruptura de una relación sentimental o afectiva la muerte de un ser querido. Hemos de recordar que permanecer a solas es el mejor momento para cometer un acto suicidario, por lo tanto, el adolescente debe estar SIEMPRE acompañado hasta que el riesgo desaparezca.

3. *¿Dónde ha pensado suicidarse?* Intentamos descubrir el lugar en que se piensa realizar el acto suicidario. Por lo general los suicidios ocurren en lugares frecuentados por el adolescente (el hogar y la escuela o casa de familiares y amigos). No debemos olvidar que los lugares apartados y de difícil acceso, o los que el adolescente considera con pocas probabilidades de ser descubiertos, y los elegidos por otros suicidas, conllevan un riesgo elevado.
4. *¿Por qué ha pensado suicidarse?* Pretendemos descifrar el motivo por el cual se pretende realizar el acto suicida. Los amores contrariados, la pérdida de una relación afectiva o relacional consideradas valiosas y los problemas familiares, se sitúan entre los más frecuentes. Es importante señalar que los motivos nunca deben ser evaluados a través de la experiencia del profesional sino que siempre deben ser considerados significativos para el adolescente suicida.
5. *¿Para qué ha pensado suicidarse?* Intenta descubrir el significado del acto suicidario, el deseo de morir es el más peligroso pero no es el único, pues pueden referirse otros objetivos como reclamar atención, expresar rabia, manifestar a otros cuán grande son los problemas que sufre y padece, como una petición de ayuda, para expresar frustración, para agredir a otros.

No debemos olvidar nunca que cuanto más planificada sea la idea suicida, el riesgo de llevar a cabo el suicidio se incrementa considerablemente, por ello la intervención a seguir debe ser cuidadosa y ordenada, para lo que proponemos el diagrama de flujo establecido por Gliatto y Rai (2009) (véase la Figura 6).

Merece la pena en el presente apartado comentar el hecho que aparece, de forma reiterada en los medios de comunicación, sobre el incremento de la ideación suicida en la adolescencia que se encuentra en tratamiento con antidepresivos del grupo de los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS), sobre todo re-

ferido a la utilización de las paroxetina y que, posteriormente se generalizó a todos los derivados de ISRS.

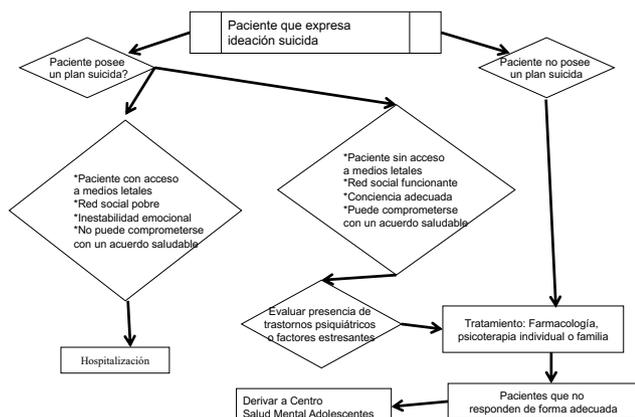


Figura 6: Diagrama de flujo para abordar pacientes con Ideación suicida. Fuente: Gliatto y Rai (2009).

Por lo que hemos expuesto, la ideación suicida es frecuente y constante en jóvenes con Trastorno depresivo mayor, pero en la fase más aguda de presentación síntomas como el retraimiento, la apatía y el bloqueo cognitivo o bien su expresión en forma de disforia, dificultad afectiva e inhibición con importantes dificultades de expresión lingüística de las emociones, hace que no se pueda expresar con toda su presencia y realidad la ideación suicida, también por el funcionamiento de los mecanismos de defensa como la represión o la conversión en lo contrario, tan frecuentes en estas circunstancias y con este tipo de contenidos mentales.

Cuando se establece un tratamiento antidepresivo sabemos que existe un tiempo de latencia para mejoría sintomática que oscila entre 2-3 semanas, algo menos en los últimos medicamentos. Con la acción del tratamiento, mejor si es un tratamiento integrado de psicofarmacología y psicoterapia, se va alcanzando de forma progresiva una mejoría en el humor, así como en la capacidad de reconocer los afectos y una gran mejoría en la capacidad de reconocer las cogniciones, de tal suerte que emerge la ideación suicida, pero como una idea que es reconocida, porque estaba pre-existente, aunque silenciada, no es una idea nueva advenida. Quiere ello decir que la mejoría clínica pone en marcha un incremento de la ideación suicida y un incremento de las conductas suicidas, hecho conocido y que acontece en cualquier tramo etéreo y no solamente en la adolescencia. Por ello es muy importante las revisiones y vigilancia de los pacientes a tratamiento antidepresivo, sobre todo cuando aparece el inicio de la mejoría clínica, porque ese resurgir de la idea de muerte con una liberación de los movimientos, se convierte en un estímulo para un paso al acto de un acto suicidario.

Intervención terapéutica y preventiva en caso de las tentativas de suicidio y suicidios consumados en la adolescencia

Un grupo de profesionales españoles reunidos durante los años 1992 y 1993, que tuve el placer de coordinar, analizamos el tema del suicidio y tentativa de suicidio en la adolescencia, y concluimos el trabajo con unas orientaciones consensuadas para la intervención en estos casos. La exposición se hizo a modo de protocolo, es decir, de unas orientaciones básicas que serán modificadas de forma flexible, según cada circunstancia concreta y la experiencia y formación de los profesionales. Como tal protocolo de intervención es una base desde la que se puede iniciar un nuevo proceso de intervención en cada territorio, dependiendo de los recursos existentes. Como tal el protocolo es algo incompleto, pero es orientador; por esta razón existirán algunas intervenciones comunes a las diferentes agencias del territorio y otras específicas a cada una de ellas y que tienen toda su vigencia y actualidad.

Hemos expuesto anteriormente que tanto la ideación, como la tentativa de suicidio y el suicidio consumado son solo conductas o formas de expresión de vivencias en el adolescente. Por todo ello hay que preguntarse: *¿De dónde llega?* Toda ideación suicida en la adolescencia debe ser tenida en cuenta y abordada de forma específica. No obstante los profesionales deben saber diferenciar la ideación suicida del «hablar» y/o «interés» de/por la muerte que tiene el adolescente como interés vital de su propia etapa evolutiva.

1. Sistema sanitario

(a) Ideación suicida en la adolescencia

¿Qué se debe saber sobre la ideación suicida en la adolescencia? No se debe olvidar que la ideación consiste en poner en palabras una idea que en la tentativa se expresa como un paso al acto: (1) Aparecen *amenazas* reiteradas de matarse y quitarse la vida. (2) *alusiones*, a veces veladas o planteadas de forma indirecta, acerca de la propia muerte. (3) *reiteración* de la temática de muerte, sobre la base previa de la existencia de ciertos factores de riesgo y/o co-morbilidad, tanto a nivel individual como familiar y/o social. (4) *interés* reiterado, que puede llegar a ser morboso, por aclarar diversas formas de muerte y suicidio (p.ej., saber sobre dosis letales de determinados fármacos; efecto contagio del entorno cuando ha ocurrido algún acto suicidario con dramatismo y/o espectacularidad y que atraiga su atención). En la actualidad puede quedar oculto porque se realizan consultas

vía internet, lo que hace mayor el secretismo y puede pasar desapercibido. (5) *incremento* innecesario de exposición a riesgos, tanto por exposición directa como por verbalización reiterada.

¿Cómo intervenir? (1) *No dramatizar* y saber contener la situación: ser receptivo, no culpabilizar y escuchar, pero sobre todo no minimizar ni despreciar lo que se expresa ni a quién lo expresa. (2) Cualquier *actuación de tipo terapéutico* debe ser presentada como: No culpabilizadora; No es un castigo; Representa una posibilidad de ayuda a determinadas dificultades; Como una posibilidad de acercarse a un tipo de comprensión distinta de la problemática existente; Las figuras parentales deben revisar, al menos, semanalmente las actividades de sus hijos con el teléfono móvil o en el ordenador. (3) Realizar una *historia clínica detenida y completa*, tanto de los Antecedentes Personales como Familiares, pero recabando una especial información sobre los siguientes aspectos: (a) Aspectos relacionales y causas que se pueden considerar como desencadenantes, (b) Antecedentes psiquiátricos y/o de otros cuadros suicidarios, (c) Historia precedentes de fugas, impulsividad, (d) Tipo de convivencia con la familia, ruptura familiar, institución (e) Quejas principales sobre la conducta y comportamiento del adolescente y de su familia, (f) Reincidencia en el consumo de alcohol/drogas en un plazo de tiempo (p.ej., los últimos seis-doce meses), (g) Consumo/dependencia de las pantallas (móvil, tablet, ordenador), (h) Presencia de acoso y/o ciberacoso, e (i) Orientación y/o identidad sexuales. (4) Recabar *información de otras instituciones* en las que se desarrolla la vida del adolescente, como puede ser el contexto escolar: conducta, fracaso/éxito escolar, preocupación por el tema de la muerte, tipo de relaciones interpersonales, conducta social. (5) *Información del medio social*: tipo de amistades, empleo del tiempo libre. (6) Si evaluado el conjunto de la situación aparecen factores que inducen a pensar en *sumación* de varios riesgos: *Remitir* a un Servicio Especializado de Atención de Salud Mental de la Adolescencia, pero siempre manteniendo la continuidad terapéutica.

(b) Tentativa de suicidio

Para tener una base general se recomienda leer y aplicar el conjunto de las indicaciones anteriores. Ante toda tentativa de suicidio en la infancia y adolescencia es preciso recoger en la Historia Clínica datos pormenorizados que den respuesta a los siguientes interrogantes:

- ¿Cómo?
- ¿Cuándo?
- ¿Dónde?

- ¿Con qué?
- ¿Quién descubre la tentativa?
- ¿En qué circunstancias se descubre?
- ¿Qué se hace?

Todo lo anterior depende mucho del tipo de tentativa que se haya realizado, de la dramatización sobre el acto suicidario, de la posibilidad de ocultarlo y quién está interesado en ocultarlo. En los Anexos I y II se presentan dos instrumentos diseñados para evaluar la presencia de ideas suicidas y de algunos factores de riesgo de suicidio real en la conducta realizada, deben de realizarse las preguntas con seriedad y sumo respeto y de forma cuidadosa. El personal sanitario debe ser formado en cómo obtener la información para no manifestar situaciones de preocupación excesiva o de incrementar la importancia, pero tampoco de minimizarla, dar la justa importancia y hablarlo con naturalidad sin juicio de valor es la actitud general a tener para poder ser receptivo, asertivo y poder contener la situación creada.

De acuerdo con el modelo básico, la *utilización de los recursos existentes* consistiría en acudir al Servicio de Atención Primaria correspondiente de su área sanitaria, siendo este paso la puerta natural de entrada al sistema sanitario con el fin de que se facilite un acceso más racional y rápido al Servicio de Urgencia/Hospital de referencia. En caso de que los recursos no sean los adecuados, por inexistencia de recursos de Atención Primaria o por dificultades objetivas de acceso, se canalizará hacia el Servicio de Urgencias del Área Sanitaria correspondiente.

Una vez realizado el acceso al sistema sanitario, la atención integral desarrollará pautas similares a las expresadas para la ideación, pero hay que tener en cuenta de forma más específica lo siguiente:

1. *Valoración del estado somático*, con el fin de abordar de manera urgente las disfunciones detectadas: Intoxicaciones (lavados gástricos, vigilancia de constantes, adormecimiento, estupor, diuresis), lesiones físicas (cortes, partes blandas afectadas, lesiones vasculares).
2. *Indicaciones de hospitalización*. Se tendrán en cuenta las *características del acto suicidario*, incluyendo la (a) inhabilidad para establecer un contrato no suicida, (b) la ideación suicida activa (con plan e intento), (c) el alto riesgo o letalidad elevada en el posible intento suicida, y (d) (cuando el acto suicidario requiera una atención específica, bien por los riesgos y/o consecuencias del acto en sí. También se considerará la presencia de posibles *trastornos psiquiátricos*, incluyendo las

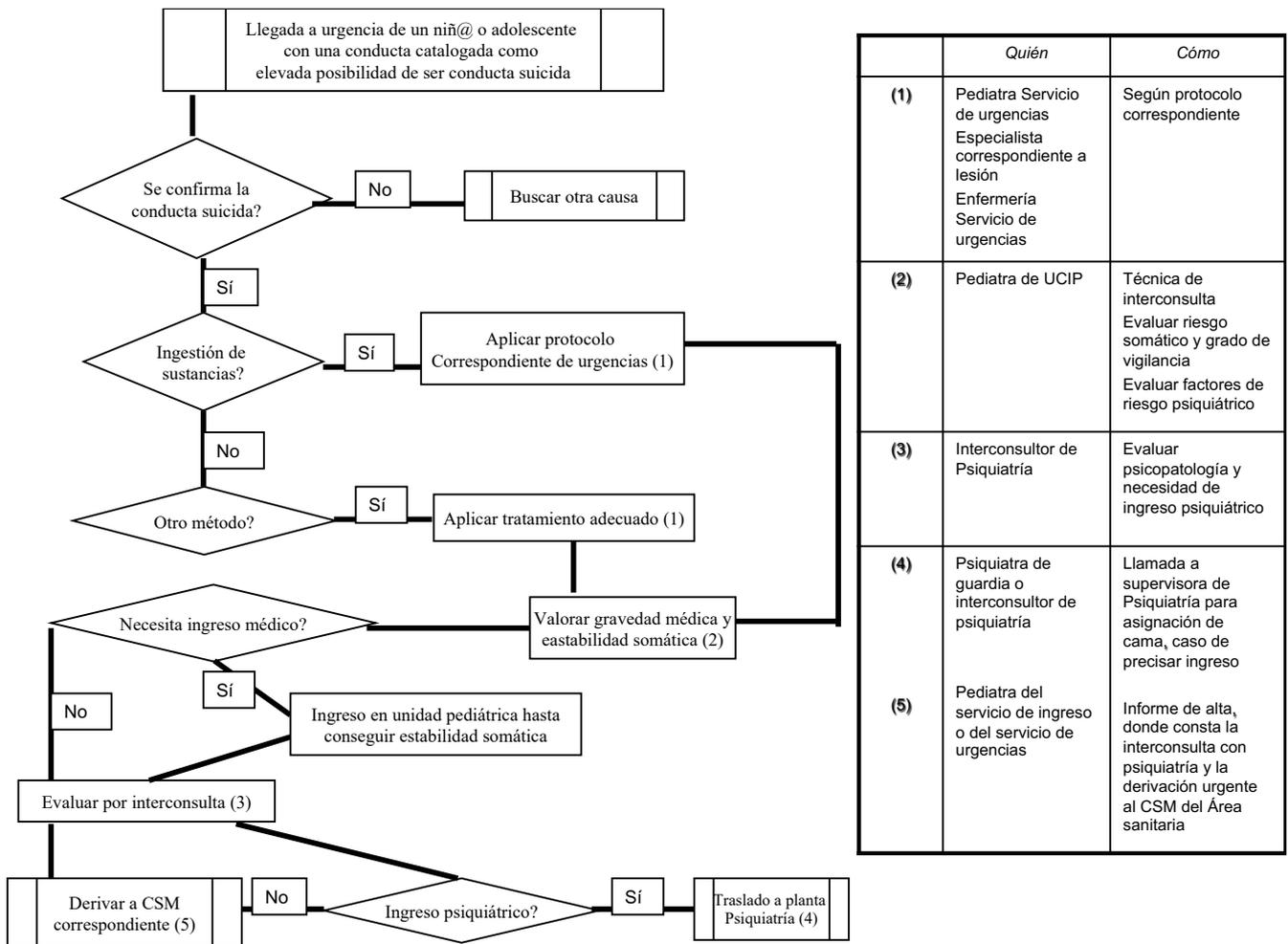
psicosis, la depresión grave, el abuso de sustancias o conductas adictivas sin sustancia, la agresividad manifiesta, los intentos previos, la no acomodación al tratamiento ambulatorio o fracaso en su instauración. Finalmente, se tendrán en cuenta los *problemas familiares*, tales como la existencia de malos tratos, violencia familiar, violencia de género, trastornos psiquiátricos graves en las figuras parentales, y las dificultades familiares para monitorizar (vigilar) o proteger al adolescente o con poca disponibilidad para llevarlo a efecto.

La *intervención en el Servicio de Urgencias de un hospital* es un paso importante. El objetivo fundamental de construir un protocolo con metodología de calidad consiste en aportar una atención de urgencia a las conductas suicidas de la adolescencia, que se aporte un instrumento de trabajo que disminuya la variabilidad de la intervención entre los diferentes profesionales. Los profesionales responsables de ejecutar el protocolo son los

pediatras del Servicio de Urgencias y/o de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) y el psiquiatra de guardia y/o psiquiatra interconsultor. Las entradas al protocolo se establecen por los siguientes mecanismos: (a) Llegada al servicio de urgencias del hospital de un adolescente con una conducta catalogada como elevada posibilidad de ser una conducta suicida. (b) Llamada de un servicio especial de urgencia o de otro centro sanitario por similar causa, con aviso explícito de remisión al servicio de urgencia.

Los procedimientos generales a desarrollar se encuentran sistematizados en la Figura 7, mediante un diagrama de flujo de la atención en urgencias de las conductas suicidas en la infancia y la adolescencia. Dichos procedimientos se resumen en los cinco pasos siguientes:

1. Confirmar la consulta en urgencias como conducta suicida: Será realizado por el pediatra de urgencias y, en su caso, con el concurso del pediatra de



	Quién	Cómo
(1)	Pediatra Servicio de urgencias Especialista correspondiente a lesión Enfermería Servicio de urgencias	Según protocolo correspondiente
(2)	Pediatra de UCIP	Técnica de interconsulta Evaluar riesgo somático y grado de vigilancia Evaluar factores de riesgo psiquiátrico
(3)	Interconsultor de Psiquiatría	Evaluar psicopatología y necesidad de ingreso psiquiátrico
(4)	Psiquiatra de guardia o interconsultor de psiquiatría	Llamada a supervisora de Psiquiatría para asignación de cama, caso de precisar ingreso
(5)	Pediatra del servicio de ingreso o del servicio de urgencias	Informe de alta, donde consta la interconsulta con psiquiatría y la derivación urgente al CSM del Área sanitaria

Figura 7. Diagrama de flujo para la intervención en los servicios de urgencias en el caso de las conductas suicidas en la adolescencia.

- UCIP, para: (a) determinar el tipo de conducta, (b) determinar tóxicos en orina, (c) evaluar estado médico, y (d) evaluar estabilidad somática.
2. Caso de existir intoxicación, cumplir el protocolo correspondiente de intoxicaciones del propio servicio de urgencias del hospital.
 3. Si no hay estabilidad clínica: ingreso en la sala pertinente al nivel de gravedad y a la intervención preferente para abordar la conducta suicida (p.ej., UCIP, traumatología, cirugía). En caso de impacto similar en riesgos somáticos y psicopatológicos, dentro de una estabilidad clínica general, se ingresará en sala paidopsiquiátrica, de forma preferente.
 4. Si existe estabilidad somática, y de forma simultánea a otras posibles intervenciones de urgencias, se remitirá parte de interconsulta al psiquiatra de guardia o, en su caso, parte de interconsulta a Psiquiatría cuando se consiga dicha estabilidad somática; en dicha interconsulta se realiza: (a) evaluación de riesgo psicopatológico, y (b) evaluación de la necesidad de ingreso psiquiátrico.
 5. Informe de alta por parte del servicio que hubiera realizado el ingreso, haciendo constar las interconsultas realizadas, incluida la de Psiquiatría con la extensión y especificidad precisas, incluyendo la derivación para atención de Salud Mental de la adolescencia de forma urgente al centro de salud mental de referencia, por parte del psiquiatra de guardia o interconsultor.

Es importante definir quién es el profesional que aborda cada tarea y cómo son las actividades específicas que desarrollan, en cada uno de esos pasos:

1. El primer profesional en intervenir es el pediatra del Servicio de Urgencias con el especialista correspondiente a la lesión detectada (p.ej., traumatólogo en caso de una conducta de precipitación), con el concurso del personal de enfermería del servicio de urgencias. Durante este *primer paso* se confirma si la conducta referida es del tipo de conducta suicida. Se hace por medio de la historia clínica de urgencias y la exploración correspondiente. Caso de ser por ingestión de sustancias se cumplirá el protocolo correspondiente de ingestión de tóxicos. Independientemente de ello sería conveniente realizar, en estos casos, el lavado gástrico o administración de carbón activado, según la pauta de urgencias. En caso de ser otro el mecanismo (p.ej., precipitación) consultar con el especialista correspondiente, quien establecerá la pauta a seguir, según sus propios protocolos de intervención. La exploración realizada e intervención desarrollada informa de: (a) estado médico general, (b) grado de consciencia, y (c) estabilidad vs. desestabilidad somática
2. Según sean los resultados obtenidos el *siguiente paso* es responsabilidad del pediatra del servicio de urgencias, en su caso con el concurso del pediatra del servicio de UCIP. En este momento su actividad consiste en evaluar el grado de gravedad somática y compromiso vital del paciente, buscando la estabilidad somática de dicho paciente, por lo que se establecerán los controles que es preciso poner en marcha y prescribir el tratamiento pertinente para llevar al paciente a la citada estabilidad somática.
3. De forma simultánea se puede cursar el Parte de Interconsulta a Psiquiatría; el psiquiatra de guardia o el psiquiatra interconsultor realiza la evaluación psicopatológica y funcional y de riesgo en el paciente. Se precisará un buen nivel de conciencia y que la condición somática se encuentre estable. En muchos casos habrá que esperar a que haya transcurrido un plazo prudencial tras su ingreso para estabilizar clínicamente al paciente. Se pretende buscar síntomas y signos clínicos de cuadros psicopatológicos, así como la evaluación de los factores de riesgo para una posible reincidencia en este tipo de conductas. También se debe valorar la función de contención familiar y/o la necesidad de un ingreso psiquiátrico corto que debe ser evaluada. Si los riesgos somáticos y psiquiátricos son de similar impacto y siempre con la base en una estabilidad somática, el ingreso se realizará, de forma prioritaria, en la sala de hospitalización paidopsiquiátrica.
4. El psiquiatra interconsultor tras evaluar la necesidad del ingreso psiquiátrico, contactará con la enfermera supervisora de la planta de ingreso psiquiátrico para que cumpla con la asignación de cama.
5. En todo caso, el paso final se realiza por el servicio que realizó el ingreso (pediátrico/psiquiátrico) que entregará el informe correspondiente de alta, donde se hace constar el resumen de la interconsulta con Psiquiatría (con la extensión y especificación precisa) y donde se hace constar la remisión al centro de salud mental del Área Sanitaria correspondiente para ser atendido de forma urgente.

La documentación que apoyará el registro de esta intervención se basa en la cumplimentación de la hoja

de historia del servicio de urgencia, la historia clínica con las pruebas complementarias y controles realizados, así como la constancia de los partes de interconsulta realizados y el informe de alta de urgencia. Para evaluar esta actividad, tanto en el grado de cumplimiento del protocolo como en el grado de resolución de los casos atendidos en urgencia será de utilidad la elaboración de indicadores que se evaluarán anualmente. Tres

de los indicadores del proceso son de tipo cuantitativo (aplicación correcta del procedimiento en el servicio de urgencias, evaluación de la estabilidad somática, e ingresos por inestabilidad psicopatológica), y uno es más cualitativo (días de estancia media). Estos indicadores se especifican en la Tabla 6, con la fórmula y los estándares a cumplir en el primer año de instauración del protocolo.

Tabla 6. Indicadores anuales del cumplimiento del protocolo de urgencias para la atención a conductas suicidas en adolescencia

<i>Nombre del indicador</i>	<i>Descripción de la fórmula</i>	<i>Estándar</i>	<i>Población</i>	<i>Tipo</i>
Aplicación correcta del procedimiento en el servicio de urgencias	Nº total de casos en que se aplica el procedimiento de conducta suicida / Nº total de casos que consultan en urgencias por conducta suicida	> 80%	Consultas que acuden al Servicio de Urgencias	Cuantitativo de proceso
Evaluación de la estabilidad somática	Nº de casos que ingresan para estabilidad somática / Nº total de ingresos	> 80%	Consultas que acuden al Servicio de Urgencias	Cuantitativo de proceso
Ingresos por inestabilidad psicopatológica	Nº de casos que ingresan directamente en hospitalización psiquiátrica / nº total de casos que consultan en urgencias por conducta suicida y psicopatología activa	> 75%	Consultas que acuden al Servicio de Urgencias	Cuantitativo de proceso
Días de estancia media	Número de días de ingreso en hospitalización psiquiátrica por conducta suicida	< 5 días	Pacientes ingresados en hospitalización	Cualitativo de proceso

El *seguimiento ambulatorio* implica los siguientes aspectos:

- (a) Su objetivo principal es mantener la continuidad entre la evaluación y el tratamiento.
- (b) Entregar al propio paciente un cita determinada (día, hora y lugar, si puede ser también el nombre del profesional que lo va a atender) para el seguimiento en el tiempo en que aún se encuentra hospitalizado.
- (c) Llamar al paciente, 24h antes, para recordarle la cita.
- (d) Citar al paciente de manera adecuada para sus propias características.
- (e) No mostrarse persecutorio, ni por el teléfono ni por el correo.
- (f) Explicitar algún tipo de contrato entre paciente, familia y terapeuta sobre el tipo de tratamiento que se desea y que puede ser dado por el servicio.
- (g) Implicar a los miembros de la familia y a otros adultos significativos (p.ej., profesores, médicos de atención primaria).
- (h) Interconsultas entre el nivel especializado de atención de Salud Mental y la Atención Primaria, subrayando el papel de reuniones conjuntas para

la identificación y vigilancia de los factores de riesgo y mantener de forma activa la continuidad terapéutica.

Cuando no existan Servicios especializados de Atención a la Salud Mental de la Infancia y Adolescencia se usarán los Servicios de Psiquiatría y Salud Mental General. Se llevarán a cabo las siguientes acciones: (1) Revisar las pautas anteriores, adaptándolas a su práctica específica. (2) Establecer un primer contacto/entrevista durante el ingreso, si éste ha tenido lugar. (3) Si no ha tenido lugar el ingreso se puede favorecer un primer contacto en interconsulta con su propio Pediatra. (4) Dar la cita antes de que el alta hospitalaria ocurra. (5) Favorecer la continuidad terapéutica y la coordinación con otros dispositivos (p.ej., la escuela).

(c) Suicidio consumado

Abordar la problemática familiar que pudiera aparecer, no solo con las figuras parentales sino también con los hermanos. Para ello es fundamental ofrecer una *disponibilidad* de los dispositivos asistenciales, no precipitando la intervención, pero vigilando y realizando un seguimiento cercano de la situación recordando que puede

ser utilizada la ayuda a libre demanda de la familia y/o si tras un período prudencial de tiempo no se consiguen superar algún tipo de dificultades desencadenadas por el suicidio consumado de uno de los adolescentes. En la escuela, la intervención será fundamentalmente sobre los profesores y/o compañeros. Debe formar parte de programas de tipo preventivo, teniendo en cuenta que este tipo de prevención actúa a medio y largo plazo, pudiendo ser una prevención para actos suicidarios en la vida adulta.

2. Sistema educativo

Para el sistema educativo son relevantes tanto el acto suicidario (ideación o tentativa) como el suicidio consumado. En relación con lo primero, son de especial interés las siguientes acciones:

- (a) Integrar la percepción y sentido de la muerte dentro de los contenidos pedagógicos con un criterio evolutivo.
- (b) *Desdramatizar* el acto suicidario, pero sin minimizarlo ni despreciarlo.
- (c) *No buscar culpables*: Ni en profesorado ni en la familia ni en el adolescente, sino intentar abordar la situación con una comprensión diferente, intentando darle el sentido o la significación que ese acto tiene para el adolescente.
- (d) *No generalizar* los contenidos: Cada adolescente suicidario es un caso diferente personal e intransferible.
- (e) *No hay una personalidad suicidaria específica*, hay que estudiar al adolescente en su medio y en su contexto, ya que el acto suicidario va dirigido a un otro: (1) Percepción de la muerte; el adolescente se pregunta por el sexo, el amor y la muerte, si no lo formula es porque lo reprime. Esta situación debe de tenerse presente, sin angustiarse en tener que hacer una semiología pormenorizada ni tampoco por el hecho en sí de un adolescente que explicita la pregunta sobre estos temas. (2) El acto se dirige hacia un sujeto de «confianza» del adolescente, sea un tutor o profesor actual o pasado.
- (f) Afrontar el acto suicidario en la clase: (1) No dramatizar ni culpabilizar. (2) Posibilitar formas de expresión verbalizadas, escritas o en dibujos de las ideas y/o fantasías que el acto haya podido movilizar. (3) Recibir la «versión» de los adolescentes y respetar su secuencia: Aclarar las dudas pero evitar adelantarse a ellas, permitir que se expresen y aclararlas sin eludirlas ni angustiarse, pero tampoco caer en la morbosidad o la fácil evitación de este tipo de problemas.

- (g) Valorar, a demanda de la institución escolar, la posibilidad de que algún técnico de Salud Mental Infanto-juvenil pueda acudir a trabajar en el colegio a diversos niveles: con el profesorado, APAS o, más excepcionalmente, directamente en la misma clase.
- (h) Contribuir a la observación evolutiva del adolescente: reacciones, sociabilización, utilización de pantallas, actitud, integración en diversas actividades.
- (i) Derivar a Atención Primaria de Salud o a Salud Mental Infanto-juvenil cuando las dificultades sean evidentes para el manejo de la situación.
- (j) *No confundir* causas aparentes y desencadenantes o precipitantes con factores mórbidos de personalidad que subyacen en el acto suicidario.
- (k) *Preparar el retorno* del adolescente que ha llevado a cabo el acto suicidario, para ello hay que considerar que se precisa tiempo, comprensión y evitar todo tipo de precipitaciones: (1) Crear un ambiente todo lo natural y espontáneo que sea posible. (2) Evitar contactos artificiales/artificiosos, sobreprotectores o rechazantes. (3) Normalizar exigencias y límites, con el fin de evitar posiciones de chantaje afectivo y/o fragilidad y/o marginación.

En relación con el suicidio consumado, se aconsejan las siguientes pautas de actuación:

- (a) No reducir el suicidio del adolescente a las causas aparentes, confundiendo efectos y causas (p.ej., un suicidio después de un suspenso no implica que el suspenso sea la etiología del suicidio; ojo con los suicidios tras situaciones de acoso o cibercoso conocidas o no).
- (b) Valoración adecuada, clarificación de las dudas y abordaje de los diferentes sentimientos de culpa que puedan emerger (p.ej., cuando están presentes problemas relativos a la orientación y/o identidad sexual).
- (c) Escuelas con flexibilidad para abordar y manejar diferentes situaciones conflictivas (p.ej., fracasos escolares repetidos; trastornos de conducta; problemas emocionales de diversa índole) van a tener una mayor posibilidad de abordar el acto suicidario de uno de sus miembros.
- (d) Abordar la situación con los compañeros (docentes y discentes) del suicida.
- (e) Se debe valorar la posibilidad del retorno de los hermanos al colegio, ellos precisarán de un ambiente receptivo y respetuoso, evitando culpabilizar, preguntas.

3. Sistemas y entornos sociales

1. Existe una dificultad real para abordar la situación porque los factores que inciden en ella son múltiples.
2. Respeto de las propias formas de elaboración social de la muerte en general: el punto de partida desde el que comenzar a elaborar los contenidos son estos aspectos, p.ej., costumbres, antropología, mitos.
3. Cambio de actitudes: Orientación general de este tipo de intervenciones, debe ser desarrollado a largo plazo y por los propios agentes sociales (p.ej., Servicios Sociales del territorio, medios de comunicación).
4. El tema se debe incluir en los programas de Educación Sanitaria y Educación General: El valor de la muerte, suicidio.
5. Estatus jurídico del suicidio: Evitar culpabilizaciones. Hay que saber que pueden existir ocasiones en que la notificación del hecho puede desencadenar investigaciones familiares (p.ej., abusos sexuales, negligencia y abandono, acoso y ciberacoso). Este hecho de la notificación de los profesionales hace que les obligue a trabajar de forma coordinada con el sistema Judicial, a pesar de las dificultades.
6. Ambiente micro-social: Constituye la red de apoyo y sostén de la familia. En relación con la tentativa de suicidio pueden producirse reacciones de sobreprotección-rechazo, que se puede manifestar con un cierto «morbo» ante el retorno (p.ej., preguntas): (a) intentar normalizar el retorno; (b) evitar las culpabilizaciones fáciles. En el caso del suicidio consumado las reacciones de duelo y de culpabilidad, manifestadas como acusaciones y petición de castigo aparecen de forma más evidente que en la tentativa. Si la red social no cumple con esta misión de apoyo y sostén familiar, puede ocurrir que la familia se traslade de domicilio para poder elaborar su duelo poniendo distancia por medio.
7. *Medios de comunicación*: En general se suele enfatizar el suicidio en la infancia como «noticia», por esta razón, deben tenerse en cuenta algunos aspectos, tanto formales como de contenido. Entre los primeros caben destacarse: (a) no al sensacionalismo (p.ej., evitar titulares llamativos, evitar lugares destacados), y (b) evitar el error frecuente de minimizar la compleja realidad psíquica infantil, haciendo pasar las causas desencadenantes como causa absoluta. Entre los aspectos

de contenido, cabrían señalarse los siguientes: (a) respeto hacia el adolescente y su familia (p.ej., evitar publicar el nombre completo, evitar la publicación de fotografías sin que hayan sido trucadas para que no sea reconocible); (b) evitar realizar acusaciones y culpabilizaciones, salvo aquellas evidencias jurídicamente comprobadas; y (c) evitar realizar relaciones lineales del suicidio en la adolescencia con causas aparentes de tipo desencadenante (p.ej., fracaso escolar, llamada de atención, agresiones previas). En resumen, deben evitarse los reduccionismos superficiales de las relaciones causa-efecto aparentes en los casos de suicidio en la adolescencia, ya que niegan la realidad psíquica y existencial del adolescente, ignorando su propia capacidad como sujeto (p.ej., sentir, gozar, sufrir).

4. Investigación

Establecer un programa de prevención de las conductas suicidas precisa de unos objetivos claros y realizarlos con un perspectiva temporal evaluable a 4-5 años. Persaud (2006) lo ha señalado de forma adecuada en un programa basado en los seis objetivos fundamentales siguientes:

- Reducir el riesgo en los colectivos que poseen un riesgo más elevado.
- Promover el bienestar mental en el conjunto de la población.
- Reducir el acceso y la letalidad de los métodos utilizados en las conductas suicidas.
- Mejorar el método de información sobre las conductas suicidas en los medios de información.
- Promover líneas de investigación sobre el suicidio y la prevención de las conductas suicidas.
- Mejorar los sistemas de registro de las instituciones que puedan estar relacionadas con la vida de los adolescentes.

En nuestro país existen escasos estudios epidemiológicos que permitan obtener una información fiable global. Hay que considerar la discordancia entre las cifras oficiales del Instituto Nacional de Estadística y las obtenidas por grupos de investigación para un mismo territorio. Esta situación nos obliga a recomendar la realización de estudios epidemiológicos con protocolos unificados de tipo multicéntrico, con el fin de obtener tasas representativas en relación a los grupos de población investigados. De igual manera los programas de intervención, tanto a nivel terapéutico como preventivo,

precisan de una mayor profundización y desarrollo (Bahamón et al., 2019). En sucesivas investigaciones sería recomendable poder incluir procedimientos que permitieran el seguimiento longitudinal y la evaluación de las intervenciones y de los resultados.

Conclusiones y sugerencias

El suicidio en España es un verdadero problema de salud pública, tanto por sus dimensiones (el número de suicidios consumados es muy elevado durante la adolescencia) como por los efectos que produce, se calcula que por cada suicidio consumado existen una media de seis conductas suicidas de otro tipo y cuatro-seis miembros del núcleo familiar que sufren sus repercusiones en términos de salud mental y de salud en general, tal y como vienen señalando las asociaciones de familiares de forma reiterada (Fernández, 2019).

El suicidio no es un trastorno mental o psicopatológico, sino que representa una conducta. La conducta suicida, por lo tanto, se puede presentar en varias estructuras psicopatológicas y de personalidad, pero también es lo que hace que se puedan establecer actividades preventivas, aunque su eficacia es muy variable y su eficacia suele ser a medio y largo plazo de establecerlas.

Existe consenso en la comunidad científica en no reconocer una causa específica para conducta suicida en la adolescencia, sino en establecer factores de riesgo individuales (psicológicos, cognitivos y relacionales), familiares y sociales. La asociación de varios de estos factores de riesgo es lo que multiplica la posibilidad de cometer una conducta suicida. Es importante saber que la causa desencadenante (p.e. violación, acoso o ciberacoso) actúa sobre una estructura psicopatológica previa vulnerable (p.e. ciertos rasgos en relación con la ansiedad y la tolerancia a la frustración, trastornos de personalidad, psicopatología de la serie depresiva o ansioso-depresiva) y no representa la causa etiológica determinante de la presentación de la conducta suicida.

Es muy importante abordar las conductas suicidas en la adolescencia con la adecuada información, evitando el secretismo que provoca un incremento del estigma sobre este tipo de conductas. Esta información abarca a la formación de los profesionales sanitarios y del sistema educativo, es importante reconocer el papel de los medios de comunicación, sobre todo en la época actual, para que su acción sea de calidad, veraz y con contenido ético, evitando el sensacionalismo o la información escabrosa o en posiciones de relevancia informativa.

El abordaje terapéutico de las conductas suicidas debe establecerse de forma precoz y adecuada, tanto a la

persona involucrada, si ha superado el acto suicidiario, como en el conjunto del contexto familiar.

Las acciones preventivas que se han demostrado como eficaces deben ser desarrolladas en los siguientes ámbitos: Reducir el riesgo en los colectivos que poseen un riesgo más elevado; promover el bienestar mental en el conjunto de la población; reducir el acceso y la letalidad de los métodos utilizados en las conductas suicidas; mejorar el método de información sobre las conductas suicidas en los medios de información, promover líneas de investigación sobre el suicidio y la prevención de las conductas suicidas y, por fin, mejorar los sistemas de registro de las instituciones que puedan estar relacionadas con la vida de los adolescentes.

Para desarrollar estas actividades hay sugerencias de gran impacto que se pueden formular:

1. A nivel institucional y de gestión sanitaria: es necesario incluir en la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, tal como se tiene previsto, un apartado específico acerca del suicidio, con el fin de comprometer tanto a los gestores sanitarios como a los profesionales en el abordaje terapéutico y en el desarrollo de actividades preventivas.
2. A nivel profesional: La formación suficiente y consistente hacia los profesionales de la Atención Primaria de Salud, pero también en los profesionales de la Salud Mental (de la psiquiatría y de la psicología) con formación específica en el campo de la infancia y la adolescencia.
3. Compromiso de trabajo con los medios de comunicación, porque de la calidad de su trabajo informativo en este campo, depende la indudable dimensión preventiva.
4. Establecer líneas de investigación, con colaboración estatal y de las Comunidades Autónomas, para establecer registros adecuados y unificados, estudios epidemiológicos y para determinar los factores de protección y riesgo en este tipo de conductas.

Conflictos de intereses

El autor declara que no existen conflictos de intereses

Referencias

- Alda, M. A. (Ed.) (2007). Urgencias en Psiquiatría Infantil. Barcelona: Masson.
- Anuario de la Provincia de Madrid (1869). *Conocimientos de estadística: Suicidios*. Anuario de la Provincia de Madrid, 9, 129-131.

- Bahamón, M. J., Alarcón-Vásquez, Y., Trejos-Herrera, A. M., Vinaccia, S., Cabezas Corcione, A., y Sepúlveda-Aravena, J. (2019). Efectos del programa CIPRES sobre el riesgo de suicidio en adolescentes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 24, 83-91.
- Basile, H. (2019). *Prevención del suicidio adolescente desde la familia y la escuela (los mejores programas mundiales basados en la evidencia)*. Recuperado de: www.suicidioadolescente.com.ar.
- Bertolote, J.M., Fleischmann, A, Di Leo, D., & Wasserman, D (2004). Psychiatric Diagnoses and Suicide: Revisiting the Evidence. *Crisis*, 25, 147-155.
- Brent, D. A., Perper, J. A., Goldstein, C. E., Kolko, D. J., Allan, M. J., Allman, C. J., & Zelenak, J. P. (1988). Risk factors for adolescent suicide: a comparison of adolescent suicide victims with suicidal inpatients. *Archives of General Psychiatry*, 45, 581-588.
- Brent, D. A., & Kolko, D. J. (1990). The assessment and treatment of children and adolescents at risk for suicide. In S. J. Blumenthal & D. J. Kupfer (Eds.). *Suicide over the life cycle: Risk factors, assessment, and treatment of suicidal patients* (p. 253-302). American Psychiatric Association.
- Brent D. (2007) Antidepressants and suicidal behavior: Cause or cure? *American Journal of Psychiatry*, 164, 989-92.
- Climent, C. & Burns, B. (1984). *Practical psychiatry for the health professional*. Lancaster: MTP.
- Cobo, C. (1985). El suicidio infantil en España. *El Médico*, 57, 57-69.
- Crepet, P., Ferrari, G., Platt, S. & Bellini, M. (Edts) (1992). *Suicidal behaviour in Europe*. London: John Libbey & CIC.
- Delgado, S., Esbec, E., Rodríguez Pulido, F. y González de Rivera, J. L. (Eds.) (1994). *Psiquiatría legal y forense*. Madrid: COLEX, Tomo I: 1499-1518, Tomo II: 1221-1244.
- Diekstra, R. F. W. (Ed.) (1989). Suicide in children and adolescents. *Crisis*, 10, 1 (Especial number).
- Fernández, N. (2019). *Las familias de afectados ante el suicidio*. Día Internacional para la prevención del suicidio, Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, Madrid, 29 de septiembre de 2019.
- Garfinkel, B. D., & Weller, E. B. (1990). *Psychiatric disorders in children and adolescents*. Toronto: W.B. Saunders Company.
- Gastaminza, X, Vacas, R., & Ros, S. Y. (1998). La conducta suicida en la infancia y la adolescencia. En S. Ros (Ed.), *La conducta suicida*. Madrid: Aran
- Gastaminza, X, Herreros, O, Ortiz, V, Gracia, R & Sánchez, F (2006). Suicidio e intento de suicidio en niños y adolescentes: intervenciones terapéuticas. 9º Congreso Virtual de Psiquiatría. *Interpsiquis*. Recuperado de: www.psiquiatria.com.
- Gliatto, M. F. & Rai, A. K. (2010). Evaluation and Treatment of Patients with Suicidal Ideation. Veterans Affairs Medical Center and University of Pennsylvania School of Medicine, Philadelphia
- Hawton, K. (1986). *Suicide and attempted suicide among children and adolescents*. London: Sage.
- INE (2019a): Tasas de suicidio por 100.000 habitantes. Recuperado de: <https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t15/p417/prov/&file=05008.px>
- INE (2019b): Estadísticas de suicidio en España. Recuperado de: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176797&menu=resultados&idp=1254735573206
- Invernadero, J. B. Ruch, D., Stevens, J., Ackerman, J., Sheftall, A. H., ... y Campo, J.V. (2019). 13 Reasons Why. *Journal of Child and Adolescents Psychiatry*. Recuperado de: [https://www.jaacap.org/article/S0890-8567\(19\)30288-6/fulltext](https://www.jaacap.org/article/S0890-8567(19)30288-6/fulltext).
- Kerr D., Preuss L., & King C. H. (2006) Suicidal adolescents, social support from family and peers: Gender-specific associations with Psychopathology. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34, 103-14.
- Kumar, U. (2017). *Handbook of suicidal behaviour*. London: Springer.
- Mardomingo, Mª.J (1994). *Psiquiatría del niño y del adolescente*. Madrid: Diaz de Santos.
- MacLeod, A. K., Williams, J. M. G., & Linehan, M. M. (1992). New developments in the understanding and treatment of suicidal behaviour. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 20, 193-218.
- Obando, D., Trujillo, A., y Prada, M. (2018). Conducta autolesiva no suicida en adolescentes y su relación con factores personales y contextuales. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 23, 189-200.
- Orbach, I. (1989). Familial and intrapsychic splits in suicidal adolescents. *American Journal of Psychotherapy*, 43, 356-367.
- Pedreira, J. L. (Ed.) (1993). *Documento del comité de expertos sobre conducta suicida en la infancia y la adolescencia del Ministerio de Asuntos Sociales* (Dirección General de Protección Jurídica del Menor). Miembros integrantes: P. Benjumea, M. J. Buceta, E. Domenech, C. Escudero, F. Menéndez, G. Morandé, J.L. Pedreira (Coord.), J. Tomás y M. Velilla. Madrid.
- Pedreira Massa, J. L (1995). *Protocolos de salud mental infantil para atención primaria de salud*. Madrid: Aran Editores.
- Pedreira Massa, J. L. (1998). Las conductas suicidas en la infancia y la adolescencia. En J. Rodríguez-Sacristán (Ed.), *Psicopatología del niño y del adolescente* (2ª ed., pp. 689-709). Sevilla: Ediciones de la Universidad.
- Pedreira, J. L., & Lahera, G. (2005). *The suicide behaviour children and adolescent*. WPA Congress. El Cairo.
- Pedreira Massa, J. L., & Lahera Forteza, G. (2006). *Preventing the suicidal behaviour in children and adolescents*. 9º Congreso Virtual de Psiquiatría. *Interpsiquis*. Recuperado de: www.psiquiatria.com.
- Pérez Barrero, S (2006). Prevención de la ideación suicida. 9º Congreso Virtual de Psiquiatría. *Interpsiquis*. Recuperado de: www.psiquiatria.com.
- Persaud, A. (2006). *Suicide Prevention Programme National Institute for Mental Health in England*. East Midlands Development Centre. 9º Congreso Virtual de Psiquiatría. *Interpsiquis*. www.psiquiatria.com.
- Pfeffer, C. (1986). *The suicidal child*. London: The Guilford Press.
- Portes P, Sanghu D., & Longwell-Grice R. (2002) Understanding adolescent suicide: A psychosocial interpretation of developmental and contextual factors. *Adolescence*, 3, 805-15
- Prinstein, M. J. (2003). Social factors: Peer relationships. In A. Spirito & J. C. Overholser (Eds.), *Evaluating and treating adolescent suicide attempters: From research to practice* (p. 191-213). New York: Academic Press.

- Prinstein, M. J., Massing-Schaffer, M., Helms, S., W., Rudolph, K. D., Slavich, G. M., Hastings, P. D., ... & Nock, M. K., (2018). preliminary associations among relational victimization, targeted rejection, and suicidality in adolescents: a prospective study. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 48,288-295.
- Rubistein, J., Halton, A., Kasten, L., Rubín, C., & Stechler, G. (1998) Suicidal behavior in adolescent: stress and protection in different family contexts. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68, 274-284.
- Sánchez-Teruel, D., Muela-Martínez, J. A., y García-León, A. (2018). Variables de riesgo y protección relacionadas con la tentativa de suicidio. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 23, 221-229.
- Silva, D., Valdivia, M., Vicente, B., Arévalo, E., Dapelo, R., y Soto, C. (2017). Intento de suicidio y factores de riesgo en una muestra de adolescentes escolarizados de Chile. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 22, 33-42
- Stack, S., & Lester, D. (1991). The effect of religion on suicide ideation. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 26, 168-170.
- Terr, L. C. (1981). «Forbidden Games»: Post-traumatic child's play. *Journal of the American Academic of Child Psychiatry*, 20,741-760.
- World Health Organization (WHO) (2006). *Preventing suicide: A resource for counsellors*. Departament of Mental Health and Substance Abuse. World Health Organization. Geneva: WHO. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594314_eng.pdf.
- World Health Organization (WHO) (2016). Suicide rates (per 100,000 population). Copenhagen: Global Health Observatory (GHO).

Anexos

Anexo I. Entrevista breve para la evaluación de las ideas suicidas

-
1. ¿No has pensado nunca que la vida merecía la pena ser vivida?
 2. ¿No has deseado nunca estar muerto?
 3. ¿No has pensado nunca acerca de atentar y hacerte daño a ti mismo?
 4. ¿Has intentado hacerte daño a ti mismo?
 5. ¿Has planeado hacerte daño a ti mismo?
 6. ¿No has tenido nunca algún intento de suicidio?
-

Fuente: Pérez Barrero (2006).

Anexo II. Cuestionario de orientación para la valoración de posibles conductas suicidas en infancia y adolescencia

	SI	NO
1. ¿Existe alguna situación de crisis y/o límite (p. ej., accidente de un ser querido, separación o divorcio de padres, abandono de amigos, etc.)?		
2. ¿Se siente solitario y abandonado por todos y no tiene a quién acudir?		
3. ¿Le han diagnosticado alguna afección grave y/o crónica recientemente?		
4. ¿Ha perdido energías, hasta el punto de parecer que cualquier cosa que tenga que hacer le va a costar un gran esfuerzo?		
5. ¿Ha perdido peso sin razón aparente en los últimos tiempos?		
6. ¿Recientemente ha intentado alguna maniobra de intoxicación con bebidas o fármacos?		
7. ¿Tiene sentimientos de culpa y piensa que puede y debe ser castigado por algo que hubiera hecho, aunque sea de forma poco específica?		
8. ¿Ha comentado que oye o ve cosas que otros no pueden ver ni escuchar?		
(*) 9. ¿Ha comentado que siente como si alguien le dijera que debe entregar su vida?		
(*) 10. ¿Podrías contarme alguna idea que tengas sobre el suicidio? ¿Has pensado alguna vez en algún plan especial para llevarlo a cabo? ¿Cómo lo harías?		
(*) 11. ¿Usa, guarda o colecciona alguien de tu familia algún tipo de arma blanca o de fuego?		
(*) 12. ¿En la casa se tiene fácil acceso a venenos, tranquilizantes, antidepresivos, drogas, etc.?		

(*) Si estas preguntas son afirmativas debe considerarse como de alto riesgo.

Fuente: Climent y Burns (1984)

