

La conducta suicida en la adolescencia y sus condiciones de riesgo

Bernardo Pacheco P. ^{1*}, Paula Peralta L. ¹

Resumen - Introducción: La conducta suicida es una gran preocupación para los clínicos que trabajan con adolescentes, siendo el suicidio una de las primeras 5 causas de muerte en adolescentes entre 15 y 19 años. La conducta suicida es una emergencia médica cuya evaluación debe ser acuciosa, sin embargo, la determinación precisa del riesgo suicida es difícil de realizar en la práctica clínica. En esta revisión, los autores analizan de la literatura tanto nacional como extranjera las características de la conducta suicida con énfasis en los factores de riesgo, las estrategias de evaluación de estos y los aspectos del manejo clínico del riesgo. Objetivo: Revisar los diferentes factores asociados con el riesgo de conducta suicida en adolescentes de manera de encontrar predictores precoces de suicidio. Método: La revisión de la literatura fue realizada usando la base de datos Medline con las siguientes palabras clave: *suicide attempt, suicidal behavior, adolescents, children, suicide risk factors*. Los estudios relevantes y con impacto en la práctica clínica con niños y adolescentes fueron seleccionados y revisados según criterio de los autores. Discusión: La conducta suicida se asocia a variados factores de riesgo; diversas condiciones epidemiológicas, psiquiátricas y médicas, además de eventos vitales estresantes actúan como precipitantes. El intento suicida previo y los trastornos del ánimo destacan como potentes factores de riesgo individual. Los servicios de urgencia constituyen un importante contexto de evaluación y manejo de conductas suicidas particularmente graves, por lo que debe potenciarse el desarrollo de intervenciones a este nivel y protocolizar la atención.

Palabras clave: intento suicida; suicidio adolescente; factores de riesgo

Abstract - Introduction: Suicidal behavior is a great concern for clinicians who deal with mental health problems in adolescent. Worldwide, suicide is one of the top five causes of adolescent death between 15 and 19 years old, making of this a serious public health problem. It is a medical emergency and its evaluation must be accurate, however the exact determination of suicidal risk is difficult in the clinical practice. In this paper, the authors review the national and foreign literature to describe and analyze the characteristics of suicidal behavior, with emphasis on risk factors, strategies for evaluation and clinical management of suicidal risk. Objective: To review among different risk factors associated with suicidal behavior in adolescents, in order to find early predictors of suicide. Method: This review was systematically done using the Medline database with the following keywords: *attempted suicide, suicide, adolescents, children, risks factors suicide*. Relevant studies with potential impact on clinical practice were selected and reviewed. Conclusion: The suicide behavior is not associated with a single risk predictor, but to different epidemiological, psychiatric and known medical conditions and stressful vital events acting as precipitants. Prior suicide attempt stands out as the most powerful risk factor to retry. Emergency services are an important setting for evaluation and management of particularly serious suicidal behavior and should be enhanced the development of interventions at this level.

Keywords: *adolescent suicide; suicide attempt; risk factors*

Fecha de envío: 5 de noviembre del 2015 - Fecha de aceptación: 7 de enero del 2016

(1) Departamento de Psiquiatría Pontificia Universidad Católica de Chile

*Autor de Correspondencia: bejupa@vtr.net



La conducta suicida

El suicidio ha estado ligado a la humanidad y a sus costumbres, aceptándolo o rechazándolo según ideologías imperantes. Ha existido en todas las épocas; en tiempos remotos, relacionado con celebraciones religiosas, y en otros, como una respuesta aceptable y comprensible a situaciones tan intolerables para la persona como la esclavitud o el sufrimiento extremo. Históricamente, la conducta suicida se ha transmitido de cultura en cultura desarrollándose corrientes de opinión con aceptación y comprensión al acto, otras que consideran el suicidio como una transgresión moral, y otras fuerzas que ven la conducta suicida como manifestación de una alteración mental.

El suicidio no es propio de una determinada edad o género. Los adultos mayores tienden más al suicidio en determinadas condiciones, pero también ocurre con elevada frecuencia en adolescentes. Cabe mencionar que en estos últimos una defensa de la conducta suicida por parte de la sociedad es infrecuente; por el contrario, a veces se encuentra más aceptación ante el acto suicida cuando ocurre en grupos de edad avanzada. Si bien la conducta suicida puede ser considerada por el adolescente como una posible solución a sus problemas, pensamos que no es un acto válido de elección totalmente consciente, sino una posición de arrinconamiento forzado, determinada por las circunstancias adversas que puede estar enfrentando el joven. Un planteamiento contrario contribuiría a la creencia de que el suicidio puede ser un acto de reafirmación libertaria en la edad de la adolescencia.

Si consideramos la premisa de que la ideación suicida (lo pensado), la intencionalidad (lo sentido), la amenaza (lo dicho), el gesto/intento (lo actuado) están estrechamente relacionadas con el suicidio, y por lo tanto con la muerte (cesación del pensar, del sentir y del actuar), entonces conviene definir con precisión lo que se debería entender por "suicidio", para luego así definir y comprender la emocionalidad, los pensamientos y las conductas vinculados a este.

Una definición operacional del suicidio es lo que plantea la Organización Mundial de la Salud (OMS), quien lo define como: "Un acto con resultado fatal en el cual el fallecido, conociendo o esperando este resultado, lo ha iniciado y llevado a cabo con el propósito de provocar los cambios deseados", es decir, el suicidio es el *acto consumado de tomar la propia vida*. Por otra parte, el *intento suicida* es definido como "una conducta potencialmente auto lesiva con un resultado no fatal, en la cual hay evidencia que la persona intentó matarse a sí misma; un intento suicida puede o no resultar en lesión". La ideación suicida sería "la preocupación de pensamientos intrusivos de poner término a la propia vida" (U. S. Department of Health and Human Services, 2001).

Los intentos suicidas no consumados interesan mucho a la investigación, ya que son los sobrevivientes más cercanos al suicidio consumado, y por lo tanto, son fuente de información acerca de lo que le ocurre a un sujeto que no desea vivir.

Respecto a la magnitud del problema, en muchos países, la incidencia de suicidio en adolescentes se ha ido transformando en un problema de salud pública. En el periodo 1990-2011 en Chile las tasas de mortalidad por suicidio aumentaron de 2,7 hasta 6,0 por 100.000 habitantes en el grupo de 10 a 19 años de edad y 7,8 hasta 16,0 en el grupo de 20 a 29 años. Estos incrementos ocurrieron mayormente en varones (MINSAL, 2012).

Enfoque teórico de aproximación al suicidio

Han existido en general dos corrientes de estudio del suicidio: *la social*, que entiende y explica el suicidio como conducta de auto-destrucción con fuertes influencias ambientales, y *la individual*, que observa y estudia el suicidio desde las características personales del sujeto.

La *perspectiva social* utiliza herramientas estadísticas para el estudio de las estructuras sociales que expliquen la conducta suicida. Su principal representante fue E. Durkheim, quien buscó centrarse en estudiar las condiciones o factores sociales en que se basan las tasas de suicidio y no en su origen individual. Planteó que existirían distintos grupos sociales con tendencia suicida. Es conocida su clasificación de tipos de suicidio: *el fatalista* (excesiva regulación social), *el anómico* (baja regulación social), *el altruista* (excesiva integración social) y *el egoísta* (baja integración social). Según él, los factores individuales no darían cuenta de una tendencia colectiva al suicidio, sino que solo explicarían el acto de llevar a cabo la *tendencia suicida social* en cada caso particular.

Posteriormente, los estudios sobre el suicidio buscarán comprenderlo desde sus causas individuales, entender el por qué en una misma sociedad un individuo comete suicidio y otro no. Los estudios de causas individuales favorecerían un abordaje de diagnóstico, prevención y tratamiento más directo sobre las personas con factores de riesgo. En esta aproximación están las perspectivas psiquiátricas y psicológicas, buscando explicar la conducta suicida desde el estudio de casos. La perspectiva psiquiátrica clásica se basa en la noción de que los sujetos que comenten suicidio presentan a la base una alteración mental o psicopatología. Este enfoque en su extremo ve al suicidio como un trastorno mental en sí mismo. De modo más consensuado, puede entenderse el suicidio como un síndrome clínico asociado a trastornos mentales; por ejemplo, el suicidio asociado a depresión. En este enfoque podríamos decir que un sujeto se suicida porque está clínicamente depresivo. Esta mirada

nos da un aporte directo en términos de detección, diagnóstico y tratamiento en el caso, por ejemplo, de un adolescente depresivo, ya que la pesquisa y tratamiento de su cuadro clínico disminuiría el riesgo de presentar una conducta suicida. En algunos casos de suicidio, el antecedente de enfermedad depresiva se obtiene utilizando *autopsias psiquiátricas*, es decir, después que el suicidio ha ocurrido, se obtiene información anamnésica. En estos casos, ¿qué ocurrió que no se detectó tempranamente la sintomatología depresiva y por ende el riesgo suicida?, ¿fue la depresión lo que gatilló el suicidio? Si la hubo, entonces para entender el fenómeno se justificaría preguntarse el por qué solo algunos sujetos depresivos intentan suicidio y otros no. Cabe entonces interrogarse si en estos casos el estado depresivo es causa suficiente para explicar el suicidio. Aquí nos encontramos con una limitante de un enfoque exclusivamente psiquiátrico, ya que muchas veces este enfoque no da cuenta suficiente de todos los factores o procesos que ocurren y que llevan al sujeto a la conducta suicida.

Aporte de la investigación epidemiológica al fenómeno del suicidio

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 que 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.

Epidemiología de la conducta suicida en la juventud

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 autoinfligidas 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.

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.

Se ha encontrado que el intentador suicida ha tenido mayores estresores psicosociales y eventos adversos durante la infancia que los grupos controles y los que solo presentan ideación suicida (Fergusson & Lynskey, 1995). A menudo los eventos estresantes preceden al suicidio o al intento. Los eventos vitales toman particular importancia para un adolescente que está en un proceso de integración y consolidación de su identidad. En adolescentes víctimas de suicidio con frecuencia se encuentra la presencia de acciones disciplinarias punitivas, rechazo o humillación por parte de otros hacia su persona, término de relaciones amorosas o de amistad y conflictos con parientes o pares.

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).

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 consumir 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 paciente, 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%.

Manejo clínico del riesgo suicida

La conducta suicida en niños y adolescentes genera un fuerte impacto familiar y social, demandando respuestas curativas y preventivas en los servicios de salud. Muchos de los intentadores suicidas requieren internación, la que en términos generales está indicada cuando existe elevada intención suicida, intento suicida con alta letalidad y/o uso de un método violento (armas de fuego, ahorcamiento). El uso de más de un método simultáneamente, intentos de suicidio repetidos en un lapso breve, un estado de decepción frente a intento suicida frustrado, rechazo de ayuda, imposibilidad de establecer una alianza terapéutica y escasa red de apoyo social, han sido criterios para determinar una hospitalización (MINSAL, 2013). La conducta suicida ha sido uno de los principales motivos de ingreso en adolescentes internados por causa psiquiátrica (Pacheco *et al.*, 2007). Probablemente, muchos de estos adolescentes intentadores suicidas reinciden en el intento de quitarse la vida, siendo la readmisión hospitalaria frecuente en los dos años siguientes a la primera internación.

Un contexto muy importante, tanto de evaluación como de manejo de la crisis suicida, ocurre en los servicios de urgencia. Los pacientes intentadores suicidas constituyen un grupo de especial riesgo pues la consulta en estos servicios puede estar asociada a mayor intención de muerte y a intentos más peligrosos. Un paciente que intenta suicidio y que consulta en un servicio de urgencia aumenta en 30 veces su riesgo de morir por suicidio en 4 años, con el mayor riesgo en los primeros 6 meses posteriores al intento (Asarnow *et al.*, 2008). A pesar del aumento de las consultas por conducta suicida en los servicios de urgencia en los últimos años ha habido disminución, aunque no sistemáticamente, de hospitalizaciones post-intento suicida, por lo tanto, el servicio de urgencia puede ser considerado el lugar donde además de evaluar y estabilizar al paciente es el paso inicial de un buen seguimiento.

En una revisión sistemática, se evaluaron tres modos de intervenciones ante una crisis de conducta suicida: una intervención limitada al servicio de urgencia, otra intervención posterior al alta no conectada a la sala de emergencia y las que comenzaban en la atención de urgencia y se continuaban inmediatamente post-alta. La intervención con más planificación y mayor alianza con el paciente desde la primera intervención asegura más controles y mejor seguimiento de los adolescentes intentadores post-alta (Spirito *et al.*, 2002). Mejora la adherencia a tratamiento si en las intervenciones post-alta se considera la visita de una enfermera (Van Heeringen *et al.*, 1995) y disminuye el riesgo suicida si se cuenta con control telefónico de la derivación (Fleischmann *et al.*, 2008).

Hay evidencia preliminar de que la evaluación de habilidades parentales en el servicio de urgencia puede fomentar la supervisión y la intervención con al menos uno de los padres en el servicio de urgencia, y luego ambulatoriamente mejora la adherencia a tratamiento del adolescente afectado (Rotheram-Borus *et al.*, 2000). Cabe destacar en el manejo y seguimiento de los pacientes intentadores suicidas que los varones tienden a consultar más en servicios de urgencia y el seguimiento posterior al alta es pobre, en cambio, las mujeres tienden a consultar más a tratamiento ambulatorio luego de un intento suicida y tienen mayor adherencia al tratamiento (Asarnow *et al.*, 2008).

¿Cuáles deberían ser las recomendaciones de cuidado para adolescentes después de haber presentado un intento suicida?

Se podría esperar que después del intento suicida, un adolescente consultante en un centro de atención especializado debería recibir, además de su tratamiento de crisis, recomendaciones de cuidados médicos en concordancia con los factores de riesgo suicida que presenta y que lo pudieran exponer a futuros reintentos. En nueve países europeos se realizó un estudio para conocer cuáles eran las recomendaciones de cuidados que se les daba a los adolescentes después de consultar por intento suicida. Se observó que no se hacían diferencias de género para las recomendaciones. Solo aquellos adolescentes con antecedentes de intento suicida y los que usaron métodos más letales recibieron mayores recomendaciones de cuidados específicos. Los autores concluyen que existe una importante disparidad en las recomendaciones que se imparten en los distintos centros de salud a los adolescentes intentadores, y que además se asignaban diferentes prioridades en los tipos de cuidados con poca atención a la presencia y concordancia con los factores de riesgo de reintento suicida (Hulten *et al.*, 2000).

Queda por investigar si en los centros de atención de urgencia de nuestro país se comparten criterios uniformes de recomendación de cuidados post-admisión para adolescentes intentadores suicidas consultantes, recomendaciones que tomen en consideración prioritaria y de manera jerárquica la presencia de factores de riesgo de futuro reintento suicida. He aquí la importancia de la correcta identificación de estos factores y su posterior tratamiento de preferencial multimodal y seguimiento a corto y mediano plazo, esfuerzo justificado si se quiere reducir el riesgo de conducta suicida ulterior. Acercarnos a conocer cuál es nuestra realidad en el fenómeno de la reincidencia de intento suicida y la identificación de factores de riesgo puede ser de primordial importancia para la práctica clínica, ya que a futuro se podrían desarrollar programas de tratamiento y prevención más concordantes con nuestra realidad nacional, o en su defecto, mejorar los que ya existen con datos más precisos del comportamiento suicida en nuestra población adolescente en estudio.

Referencias

- Asarnow JR, Baraff LJ, Berk M, Grob C, Devich-Navarro M, Suddath R, Piacentini J & Tang L. (2008). Pediatric emergency department suicidal patients: two-site evaluation of suicide ideators, single attempters, and repeat attempters. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **47**, 958-966.
- Beck AT, Brown G, Berchick RJ, Stewart BL & Stern RA. (1990). Relationship between hopelessness and ultimate suicide: a replication with psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry* **147**, 190-195.
- Blumenthal SJ. (1990). Youth suicide: risk factors, assessment, and treatment of adolescent and young adult suicidal patients. *Psychiatr Clin North Am* **13**, 511-556.
- Brent DA, Perper JA, Moritz G, Liotus L, Schweers J, Balach L & Roth C. (1994). Familial risk factors for adolescent suicide: a case-control study. *Acta Psychiatrica Scandinavica* **89**, 52-58.
- Bridge JA, Goldstein TR & Brent DA. (2006). Adolescent suicide and suicidal behavior. *J Child Psychol Psychiatry* **47**, 372-394.
- Burke AK, Galfalvy H, Everett B, Currier D, Zelazny J, Oquendo MA, Melhem NM, Kolko D, Harkavy-Friedman JM, Birmaher B, Stanley B, Mann JJ & Brent DA. (2010). Effect of exposure to suicidal behavior on suicide attempt in a high-risk sample of offspring of depressed parents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **49**, 114-121.
- Cha CB & Nock MK. (2009). Emotional Intelligence Is a Protective Factor for Suicidal Behavior. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* **48**, 422-430.
- Dubow EF, Kausch DF, Blum MC, Reed J & Bush E. (1989). Correlates of Suicidal Ideation and Attempts in a Community Sample of Junior High and High School Students. *Journal of Clinical Child Psychology* **18**, 158-166.
- EMSE. Resultados de la Encuesta Mundial de Salud Escolar. (2004) Consultado el: (21 de Agosto de 2015). en: <http://epi.minsal.cl/epi/html/invest/EMSE/INFORME%20EMSE%202004.pdf>
- Fergusson DM & Lynskey MT. (1995). Suicide attempts and suicidal ideation in a birth cohort of 16-year-old New Zealanders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **34**, 1308-1317.
- Fleischmann A, Bertolote JM, Wasserman D, De Leo D, Bolhari J, Botega NJ, De Silva D, Phillips M, Vijayakumar L, Varnik A, Schlebusch L & Thanh HT. (2008). Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: a randomized controlled trial in five countries. *Bull World Health Organ* **86**, 703-709.

- Gómez A, Barrera A, Jaar E, Lolas F, L. S & Núñez C. (1993). Características sociodemográficas y clínicas de mujeres que intentaron suicidarse. *Acta Psiquiat Psicol Am Lat* **39**, 223-230.
- Gomez A, Nuñez C & Lolas F. (1992). Ideación suicida e intento de suicidio en estudiantes de medicina. *Rev Psiquiatría Fac Med Berna* **19**, 265-271.
- Henry CS, Stephenson AL, Hanson MF & Hargett W. (1993). Adolescent suicides and families: An ecological approach. *Adolescent* **28**, 291-308.
- Hulten A, Wasserman D, Hawton K, Jiang GX, Salander-Renberg E, Schmidtke A, Bille-Brahe U, Bjerke T, Kerkhof A, Michel K & Querejeta I. (2000). Recommended care for young people (15-19 years) after suicide attempts in certain European countries. *Eur Child Adolesc Psychiatry* **9**, 100-108.
- Kashden J, Fremouw WJ, Callahan TS & Franzen MD. (1993). Impulsivity in suicidal and nonsuicidal adolescents. *J Abnorm Child Psychol* **21**, 339-353.
- MINSAL. Defunciones y Mortalidad por autolesiones deliberadas según grupo de edad y sexo en Chile Dirección de Estadísticas e Información de Salud. (2012) *Consultado el:* (21 de Agosto de 2015). en: <http://deis.minsal.cl/index.asp>
- MINSAL. Guía clínica AUGÉ: Depresión en personas de 15 años y más. (2013) *Consultado el:* (21 de Agosto de 2015). en: www.minsal.gob.cl/portal/url/item/7222754637c08646e04001011f014e64.pdf
- Mittendorfer Rutz E & Wasserman D. (2004). Trends in adolescent suicide mortality in the WHO European Region. *European Child & Adolescent Psychiatry* **13**, 321-331.
- Morano CD, Cister RA & Lemerond J. (1993). Risk factors for adolescents suicidal behavior: loss, insufficient familial support and hopelessness. *Adolescence* **28**, 851-865.
- Pacheco B, Lizana P, Celhay I & Pereira J. (2007). Características clínicas de niños y adolescentes menores de 18 años hospitalizados en una clínica psiquiátrica universitaria. *Revista médica de Chile* **135**, 751-758.
- Qin P, Agerbo E & Mortensen PB. (2003). Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, psychiatric, and familial factors: a national register-based study of all suicides in Denmark, 1981-1997. *Am J Psychiatry* **160**, 765-772.
- Range LM & Knott EC. (1997). Twenty suicide assessment instruments: evaluation and recommendations. *Death Stud* **21**, 25-58.
- Rotheram-Borus MJ, Piacentini J, Cantwell C, Belin TR & Song J. (2000). The 18-month impact of an emergency room intervention for adolescent female suicide attempters. *J Consult Clin Psychol* **68**, 1081-1093.
- Salvo L, Melipillán R & Castro A. (2009). Confiabilidad, validez y punto de corte para escala de screening de suicidalidad en adolescentes. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr* **47**, 16-23.
- Salvo L, Rioseco P & Salvo S. (1998). Suicidal ideation and attempted suicide in high school adolescents. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr* **36**, 28-34.
- Shaffer D, Gould MS, Fisher P & et al. (1996). Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Archives of General Psychiatry* **53**, 339-348.
- Shaughnessy L, Doshi SR & Jones SE. (2004). Attempted Suicide and Associated Health Risk Behaviors Among Native American High School Students. *Journal of School Health* **74**, 177-182.
- Spirito A, Boergers J, Donaldson D, Bishop D & Lewander W. (2002). An intervention trial to improve adherence to community treatment by adolescents after a suicide attempt. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **41**, 435-442.
- U. S. Department of Health and Human Services. (2001). *National Strategy for Suicide Prevention; Goals and Objectives for Action*. Rockville, MD.
- Valdivia M, Ebner D, Fierro V, Fajardo C & Miranda R. (2001). Hospitalización por intento de suicidio en población pediátrica: una revisión de cuatro años. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr* **39**, 211-218.
- Van Heeringen C, Jannes S, Buylaert W, Henderick H, De Bacquer D & Van Remoortel J. (1995). The management of non-compliance with referral to out-patient after-care among attempted suicide patients: a controlled intervention study. *Psychol Med* **25**, 963-970.
- Ventura-Juncá R, Carvajal C, Undurraga S, Vicuña P, Egaña J & Garib MJ. (2010). Prevalencia de ideación e intento suicida en adolescentes de la Región Metropolitana de Santiago de Chile. *Revista médica de Chile* **138**, 309-315.
- WHO. Primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders. Suicide. (1998) *Consultado el:* (21 de Agosto de 2015). en: www.who.int/mental_health/prevention/en/
- Wu P, Hoven CW, Liu X, Cohen P, Fuller CJ & Shaffer D. (2004). Substance Use, Suicidal Ideation and Attempts in Children and Adolescents. *Suicide & life-threatening behavior* **34**, 408-420.