

SUICIDIO Y CONDUCTA AUTOLESIVA

Edition 2018

Thomas Jans, Timo D. Vloet, Yesim Taneli & Andreas Warnke

Editores: Matías Irarrázaval & Andres Martin

Traducción: Fernanda Prieto-Tagle & María Vidal



Thomas Jans PhD

Psicólogo Clínico,
Departamento de Psiquiatría,
Psicoterapia y Psicopatología del Niño y el Adolescente,
Centro de Salud Mental,
Hospital Universitario
Wuerzburg, Alemania

Conflictos de interés: no se
declaran

Timo D. Vloet MD

Psiquiatra Infantil y del
Adolescente, Departamento
de Psiquiatría, Psicoterapia y
Psicopatología del Niño y el
Adolescente, Centro de Salud
Mental, Hospital Universitario
Wuerzburg, Alemania

Conflictos de interés: no se
declaran

Yesim Taneli MD, PhD, MSc

Profesor Asistente de
Psiquiatría del Niño y el
Adolescente, Departamento
de Psiquiatría del Niño y el
Adolescente, Facultad de
Medicina de la Universidad de
Uludag, Bursa, Turquía

Conflictos de interés: no se
declaran

Esta publicación está dirigida a profesionales en formación o con práctica en salud mental y no para el público general. Las opiniones vertidas son de responsabilidad de sus autores y no representan necesariamente el punto de vista del Editor o de IACAPAP. Esta publicación busca describir los mejores tratamientos y las prácticas basadas en la evidencia científica disponible en el tiempo en que se escribió, tal como fueron evaluadas por los autores, y éstas pueden cambiar como resultado de nueva investigación. Los lectores deberán aplicar este conocimiento a los pacientes de acuerdo con las directrices y leyes de cada país en el que ejercen profesionalmente. Algunos medicamentos pueden que no estén disponibles en algunos países, por lo que los lectores deberán consultar la información específica del fármaco debido a que ni se mencionan todas las dosis, ni todos los efectos no deseados. Las citas de organizaciones, publicaciones y enlaces de sitios de Internet tienen la finalidad de ilustrar situaciones, o se enlazan como una fuente adicional de información; lo que no significa que los autores, el Editor o IACAPAP avalen su contenido o recomendaciones, que deberán ser analizadas de manera crítica por el lector. Los sitios de Internet, a su vez, también pueden cambiar o dejar de existir.

©IACAPAP 2018. Esta es una publicación de acceso libre bajo criterios de Licencia Creative Commons Atribución No Comercial. El uso, distribución y reproducción a través de cualquier medio están permitidos sin previa autorización siempre que la obra original esté debidamente citada y su uso no sea comercial. Envíe sus comentarios acerca de este libro digital o algún capítulo a jmrey@bigpond.net.au

Cita sugerida: Jans T, Vloet, TD, Taneli Y, Warnke A. Suicidio y conducta autolesiva (Irarrázaval M, Martin A. eds. Prieto-Tagle F, Vidal M trad.). En Rey JM (ed), *Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP*. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesiones Afines 2017.

En muchos países, el suicidio es una de las principales causas de muerte entre niños y adolescentes. Identificar a los jóvenes en riesgo y ofrecer un tratamiento efectivo es una preocupación importante de las políticas de salud mental. Este capítulo incluye una revisión de la suicidalidad en niños y adolescentes. También se aborda la autolesión no suicida, pero el enfoque principal es el intento de suicidio. Esta revisión presenta la epidemiología, factores de riesgo y características etiológicas, presentación clínica, evaluación, tratamiento y prevención del suicidio. Debido a que esta revisión se centra en los temas clínicos, no se incluye una visión general de la neuropsicobiología de la suicidalidad.

Andreas Warnke MD, MA
 Profesor de Psiquiatría del Niño y el Adolescente & Director del Departamento de Psiquiatría, Psicoterapia y Psicopatología del Niño y el Adolescente, Centro de Salud Mental, Hospital Universitario Wuerzburg, Alemania
 Conflictos de interés: no se declaran

Tabla E.4.1 Códigos de autolesión no suicida, intento suicida y suicidio como “otras causas externas de morbilidad y mortalidad” según la CIE-10 (X60–X84)*

X6..	Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a:
X60.	Analgésicos no narcóticos, antipiréticos y antirreumáticos
X61.	Drogas antiepilépticas, sedantes, hipnóticas, antiparkinsonianas y psicotrópicas, no clasificadas en otra parte
X62.	Narcóticos y psicodislépticos [alucinógenos], no clasificados en otra parte
X63.	Otras drogas que actúan sobre el sistema nervioso autónomo
X64.	Otras drogas, medicamentos y sustancias biológicas, y otros no especificados
X65.	Alcohol
X66.	Disolventes orgánicos e hidrocarburos halogenados y sus vapores
X67.	Otros gases y vapores
X68.	Plaguicidas
X69.	Otros productos químicos y sustancias nocivas, y otros no especificados
X7../X8..	Lesión autoinflingida intencionalmente por :
X70.	Ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación
X71.	Ahogamiento y sumersión
X72.	Disparo de arma corta
X73.	Disparo de rifle, escopeta y arma larga
X74.	Otras armas de fuego, y otras no especificadas
X75.	Material explosivo
X76.	Humo, fuego y llamas
X77.	Vapor de agua, vapores y objetos calientes
X78.	Objeto cortante
X79.	Objeto romo o sin filo
X80.	Saltar desde un lugar elevado
X81.	Arrojarse o colocarse delante de un objeto en movimiento
X82.	Colisión de vehículo de motor
X83.	Otros medios especificados
X84.	Medios no especificados

*Organización Mundial de la Salud, 1996.

Definiciones

- **Suicidalidad** se refiere a las cogniciones y actividades de las personas que buscan quitarse la vida, incluyendo pensamientos, acciones u omisiones
- **Suicidio** (del latín *sui caedere*, matarse a sí mismo) se refiere al acto que realiza una persona para intencionalmente causar su propia muerte
- **Intento suicida** se refiere a las acciones no fatales o a los preparativos destinados a causar la muerte. El acto suicida puede haber sido abandonado, interrumpido o puede haber fracasado
- **Parasuicidio** se refiere a una conducta de autolesión no habitual que potencialmente amenaza la vida pero que se realiza sin la intención quitarse la vida. Debido a que el comportamiento no es suicida, algunos autores prefieren el término “autolesión no suicida” (ANS) (en este capítulo, se utiliza el término autolesión no suicida).
- Los términos “autolesión intencional” o “autolesión deliberada” se utilizan sin distinguir entre una ANS y un intento de suicidio sin consecuencias fatales.

El término “autolesión no suicida” no incluye la automutilación y otras acciones que causan síntomas corporales con la intención pura de obtener atención médica o consejo (síndrome de Munchausen), o simular estar enfermo (para lograr algún beneficio). Debido a la naturaleza indirecta de las consecuencias dañinas no se incluyen las relaciones sexuales sin protección, las conductas de alto riesgo (p.ej., formas extremas de descenso en bicicleta, carreras ilegales de automóviles) o la intoxicación por sustancias psicoactivas, incluso si la intención de autodestruirse está presente. Para fines descriptivos, los intentos de suicidio no letales y la autolesión no suicida se clasifican utilizando los mismos códigos.

La mera enumeración de los códigos en la Tabla E.4.1 no indica la frecuencia con la que se presentan estos diferentes métodos de daño autoinfligido en niños y adolescentes. En el cuadro lateral se presentan los métodos más frecuentemente utilizados. Estos métodos incluyen conductas no letales de daño autoinfligido – como pellizcarse, rasguñarse o morderse a uno mismo – así como también métodos altamente letales, que generalmente se asocian a una clara intención suicida (p.ej., uso de armas de fuego, saltar desde lugares de gran altura). Sin embargo, desde un punto de vista clínico, es crucial diferenciar entre los intentos de suicidio y las autolesiones no suicidas (ver Tabla E.4.2).

Métodos de autolesión utilizados frecuentemente

(intentos suicidas no letales y autolesiones no suicidas) (Greydanus et al, 2009)

- Sobredosis de drogas
- Envenenamiento
- Cortes
- Otras formas de automutilación
 - Golpes
 - Pellizcos
 - Rasguños
 - Mordeduras
 - Quemaduras
- Dispararse a sí mismo
- Ahorcamiento
- Saltar de lugares de gran altura
- Saltar a un pozo

Intencionalidad

La diferencia clave entre una autolesión deliberada y un intento suicida está en la *intencionalidad* de acabar con la propia vida. Por ejemplo, una niña de 14 años toma una pequeña sobredosis de paracetamol intentando quitarse la vida, si bien no tiene éxito (*intento suicida*). Otra niña de 14 años toma una gran sobredosis de paracetamol porque está enfadada y triste, pero ella no quería quitarse la vida (*autolesión no suicida*). Además, algunos actos de daño autoinfligido no suicidas pueden ocasionar la muerte – por ignorancia o error de cálculo (la segunda niña de 14 años no era consciente de los efectos tóxicos del paracetamol y murió a consecuencia de esto). Se debe tener en cuenta que ambas formas de daño autoinfligido pueden superponerse: personas con intentos suicidas en una ocasión pueden presentar autolesiones no suicidas en otra y viceversa.

Tabla E.4.2 Diferencias entre un intento suicida y una autolesión no suicida

Intento suicida	Autolesión no suicida (“parasuicida”)
<ul style="list-style-type: none"> • Hay la intención de acabar con la vida 	<ul style="list-style-type: none"> • No hay intención suicida
<ul style="list-style-type: none"> • Puede ser impulsivo, pero en la mayoría de los casos existe un sentimiento crónico de desesperanza o soledad 	<ul style="list-style-type: none"> • El estado emocional es de ira aguda, desesperación o malestar intolerable
<ul style="list-style-type: none"> • Son frecuentes las formas más graves de las conductas de autoagresión (p.ej., autoenvenenamiento, ahorcamiento, saltar de gran altura, uso de armas de fuego) 	<ul style="list-style-type: none"> • Son frecuentes las formas de conducta autodestructiva menos graves y mayoritariamente no amenazantes para la vida (p.ej., lesiones cutáneas por mordeduras, cortes, quemaduras o congelamiento)
	<ul style="list-style-type: none"> • Normalmente, la persona es consciente de que la conducta puede causar lesiones graves, pero no amenaza la vida
<ul style="list-style-type: none"> • Existe un claro riesgo de que los intentos suicidas se repitan, pero menos frecuentemente que las conductas autolesivas no suicidas 	<ul style="list-style-type: none"> • Las autolesiones recurrentes son frecuentes

Tabla E.4.3 Algoritmo de Clasificación de Columbia para la Evaluación del Suicidio (C-CASA): definiciones y ejemplos*		
Clasificación/ Categoría	Definición	Ejemplo
Eventos suicidas		
Suicidio completado	Una conducta autolesiva que resultó en fatalidad y asociada con alguna intención de morir como resultado del acto.	Después de una larga discusión con su novia, que resultó en el final de su relación, el paciente tomó una cuerda y viajó en bicicleta a una zona aislada donde se ahorcó. Una nota de suicidio fue encontrada posteriormente.
Intento suicida	Una conducta potencialmente autolesiva, asociada con alguna intención de morir como resultado del acto. La evidencia de que la persona tenía la intención de quitarse la vida, al menos hasta cierto punto, puede ser explícita o deducirse de la conducta o circunstancias. Un intento de suicidio puede resultar o no en una lesión real.	Después de una pelea con sus amigos en la escuela en la que dejaron de hablar con ella, la paciente ingirió aproximadamente 16 aspirinas y otras ocho píldoras de diferentes tipos en los terrenos de la escuela. Dijo que merecía morir, por eso se tragó las píldoras.
Acciones preparatorias de una conducta suicida inminente	La persona toma medidas para hacerse daño, pero se detiene ella misma o es detenida por otros antes de que el potencial daño haya comenzado.	El paciente había huido de su casa durante la noche porque su padre había recibido un mal informe del colegio. Tenía miedo de la reacción de su padre. A su regreso a casa, hubo una discusión de 5 a 6 horas, y él tomó un cuchillo ancho y afilado y se fue a su habitación. Refirió haber puesto el cuchillo en su muñeca pero no cortó la piel.
Ideación suicida	Pensamientos pasivos sobre querer estar muerto o pensamientos activos sobre quitarse la vida, no acompañados por un comportamiento preparatorio.	Pensamientos activos: El paciente informa al profesional que estaba pensando en ahorcarse en el armario. Fue llevado al hospital y fue hospitalizado.
Eventos no suicidas		
Conducta autolesiva, sin intento suicida	Conducta autolesiva no asociada con la intención de morir. La conducta tiene otros motivos, ya sea aliviar el malestar (a menudo denominado "automutilación", por ejemplo, cortes superficiales o arañazos, golpes o quemaduras) o generar cambios en otros o en el medio ambiente.	La paciente se sentía ignorada. Fue a la cocina familiar, donde su madre y su hermana estaban hablando. Tomó un cuchillo del cajón y se hizo un corte superficial en el brazo. Negó haber querido quitarse la vida ("ni siquiera un poco"), sino que quería que le prestaran atención.
Otra conducta autolesiva no deliberada	No hay evidencia de suicidalidad o de conductas de autolesión asociadas al evento. El evento se caracteriza por una lesión accidental, síntomas psiquiátricos o de conducta, o síntomas o procedimientos médicos.	El paciente tenía un corte en el cuello producto de afeitarse.
Eventos suicidas indeterminados o potenciales		
Conducta autolesiva, intento suicida incierto	Conducta autolesiva donde se desconoce la intención asociada de morir, y no se puede inferir. La lesión o potencial de lesión es clara, pero no está claro por qué la persona se comporta de esa manera.	La paciente se corta las muñecas después de una discusión con su novio (no hay más información).
No hay información suficiente	Información insuficiente para determinar si el evento involucró conducta suicida deliberada o pensamientos. Hay razones para sospechar la posibilidad de suicidio pero no lo suficiente como para estar seguros de que el evento no era algo diferente, como un accidente o un síntoma psiquiátrico. Una lesión en un lugar del cuerpo consistente con una autolesión deliberada o una conducta suicida (p.ej., muñecas), sin información sobre cómo se realizó la autolesión, justificaría la ubicación en esta categoría.	Un niño que "se apuñaló a sí mismo en el cuello con un lápiz". El evento puede haber sido deliberado, en oposición a algo accidental, como sugiere el término "apuñaló", pero no hay información suficiente para concluir si el evento fue deliberado.

*Posner et al (2007); sólo se cita uno de los muchos ejemplos de C-CASA.

Lamentablemente, a menudo es difícil evaluar la intención en la práctica, que ha sido una gran barrera en la investigación sobre este tema. El Algoritmo de Clasificación de Columbia para la Evaluación del Suicidio (C-CASA, por sus siglas en inglés) – un sistema de puntuación estandarizado desarrollado para evaluar la suicidalidad en los estudios de antidepresivos – ha mostrado ser fiable y transportable, y la FDA determinó que debe ser utilizado en los ensayos clínicos con psicotrópicos y otras drogas (Posner et al, 2007). Aunque se trata de un instrumento de investigación, también puede ser útil en la práctica clínica, al menos mediante la estandarización de la terminología. Las definiciones del C-CASA y algunos ejemplos seleccionados se muestran en la Tabla E.4.3. Actualmente existe un debate respecto a la validez del C-CASA (Sheehan et al, 2014). Esto subraya la importancia de realizar una evaluación clínica detallada además de usar cuestionarios.

EPIDEMIOLOGÍA

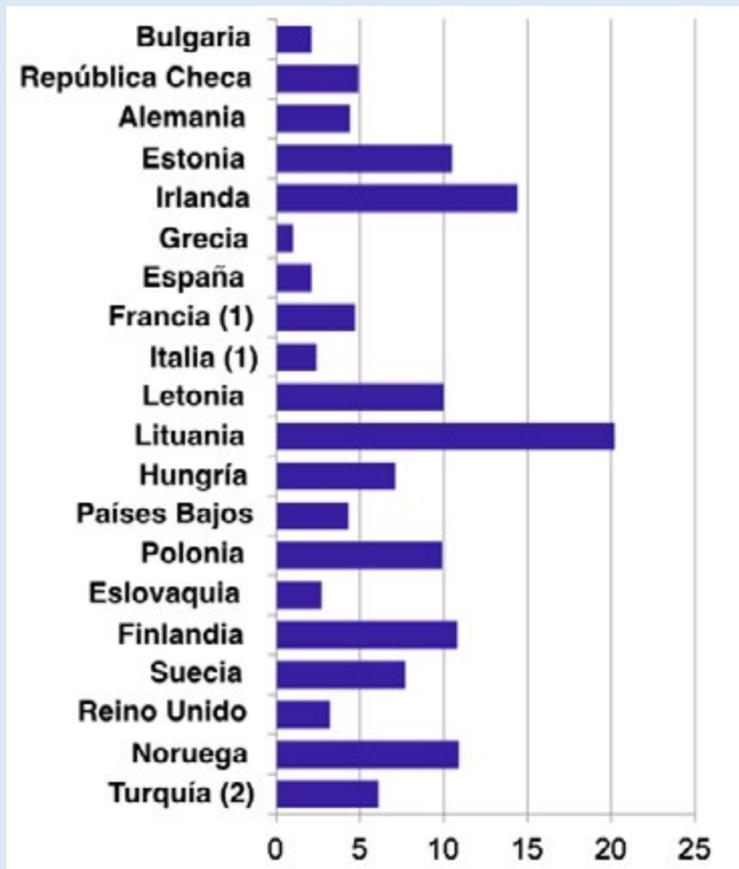
Según las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud, alrededor de 800.000 personas en todo el mundo mueren por suicidio cada año (tasa de mortalidad media en el 2012: 11,4 por cada 100.000; 15 para hombres y 8 para mujeres; OMS, 2014; ver Figura E.4.1), es decir, una muerte cada 40 segundos. En algunos países, el suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo de edad de 10 a 24 años. Por ejemplo, en Alemania, sólo los accidentes (principalmente lesiones fatales por accidentes de tráfico) son una causa más frecuente de muerte entre los adolescentes de 15 a 19 años (Elsässer, 2010). El peso relativo del suicidio como

Tabla E.4.4 Principales causas de muerte en adolescentes y adultos jóvenes en orden decreciente de frecuencia*

<p>África:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. SIDA 2. Otras infecciones 3. Homicidio/Guerra 4. Lesiones no intencionales 5. Suicidio 	<p>Sudeste Asiático:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lesiones no intencionales 2. Otras infecciones 3. SIDA 4. Suicidio 5. Homicidio/Guerra 	<p>Sudamérica/Caribe:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Homicidio/Guerra 2. Lesiones no intencionales 3. Suicidio 4. Otras Infecciones 5. SIDA
<p>Pacífico Oeste:¹</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lesiones no intencionales 2. Suicidio 3. Otras infecciones 4. Homicidio/Guerra 5. SIDA 	<p>Europa:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lesiones no intencionales 2. Suicidio 3. Homicidio/Guerra 4. Otras infecciones 5. SIDA 	<p>Mediterráneo Oriental:²</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lesiones no intencionales 2. Otras infecciones 3. Homicidio/Guerra 4. SIDA 5. Suicidio
<p>Norteamérica:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lesiones no intencionales 2. Suicidio 3. Homicidio 4. Cáncer 5. Otras infecciones 6. SIDA 	<p>¹Australia, Nueva Zelanda, China, Japón, Corea, Malasia, Micronesia, Filipinas, Singapur, Vietnam, y otros en esta área</p> <p>²Afganistán, Egipto, Irak, Jordania, Arabia Saudita, Israel, y otros Países del Medio Oriente</p>	

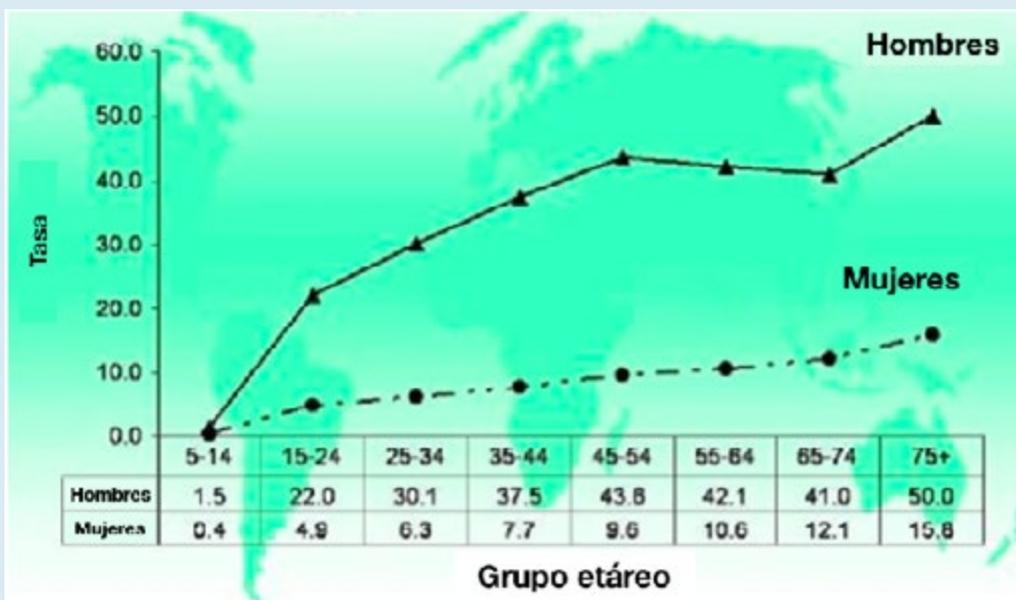
*Adaptado de Greydanus et al (2009).

Figura E.4.1 Tasas de muerte por suicidio en Europa (países seleccionados): Adolescentes de 15 a 19 años de edad (tasa de muerte por cada 100.000 personas)



(1) Italia, Francia: datos del 2008
 (2) Turquía: datos del 2010; fuente: TurkStat; Estadísticas de Suicidio 2010
 Datos del 2009; fuente: Eurostat.

Figura E.4.2 Tasas de suicidio (por cada 100.000) por género y edad.



Datos del 2000; Fuente: OMS

causa de muerte varía entre países y regiones, dependiendo de una serie de factores (ver Tabla E.4.4). Sin embargo, el suicidio sigue siendo una importante causa de muerte entre los adolescentes y adultos jóvenes en todo el mundo.

Como ejemplo de las variaciones nacionales en las tasas de suicidio se presentan datos europeos en la Figura E.4.2. Las tasas de suicidio varían ampliamente desde 0 (Lichtenstein) a 16,7 (Letonia). En Europa, la tasa media de suicidio en niños disminuyó significativamente de 2,02 por 100.000 en la década de 1990 a 1,48 en la década siguiente (Kólves & De Leo 2014). De los 36 países europeos incluidos en este análisis, 14 muestran tasas de suicidio significativamente más bajas en niños varones. Sin embargo, Francia y Rumania muestran un aumento significativo, aunque la tasa media en las niñas no cambió: 0,67 en los años noventa y 0,64 en la década de 2000. Ningún país comunicó un descenso significativo en las tasas en niñas; en cambio, se observó un aumento significativo en las niñas en Bélgica, Rusia, Eslovaquia y Rumania. El análisis de los países europeos muestra que las tasas más altas se registraron en los países de Europa Oriental, con una disminución media no significativa entre los niños de 3,49 por cada 100.000 en los años noventa a 2,76 en el 2000.

Debido a la asignación poco fiable (p.ej., determinación inexacta, actitudes religiosas o culturales respecto al suicidio), las tasas de suicidio reportado tienden a subestimar el problema. Además, estas cifras no incluyen los intentos suicidas, que ocurren entre 10 a 20 veces más a menudo que los suicidios completados. Se estima que los intentos de suicidio graves ocurren en aproximadamente un 3% de los adolescentes en las sociedades occidentales. Teniendo en consideración estas variaciones, las afirmaciones generales sobre la epidemiología del suicidio pueden no ser válidas en poblaciones, regiones y períodos de tiempo específicos.

Las calificaciones deben realizarse con respecto a:

- La edad
- El género
- Regiones y países específicos
- La etnicidad, y
- Las tendencias seculares.

Edad

A nivel mundial, durante las últimas décadas, las tasas de suicidio más altas han sido las observadas en los ancianos (ver Figura E.4.2). Sin embargo, según la página web del [Programa de Prevención del Suicidio de la Organización Mundial de la Salud](#) (SUPRE, por sus siglas en inglés), en algunos países, las tasas de suicidio entre las personas jóvenes han aumentado tanto que los adolescentes y los adultos jóvenes representan el grupo con mayor riesgo de suicidio. Esto se refiere a un tercio de todos los países, y es válido para países más y menos industrializados. Por lo tanto, las elevadas tasas de suicidio en los ancianos pueden no estar presentes en todo el mundo. Por ejemplo, en Nueva Zelanda y Japón hay altas tasas de suicidio en adolescentes y adultos jóvenes. En los niños prepuberales, el suicidio completado es muy raro. Los niños son capaces de comprender el concepto de suicidio a partir de los 8 años de edad, y son capaces de llevarlo a cabo, lo que conduce a tasas crecientes de suicidio completado en niños puberales y adolescentes jóvenes. Las tasas de suicidio relativamente bajas en los niños pueden explicarse por la ausencia



World Health Organization

Haga clic en la imagen para acceder a las estadísticas de suicidio de la OMS.

o menor exposición a los principales factores de riesgo (p.ej., enfermedad mental, trastornos relacionados con sustancias), o la protección que proporciona una relación cercana con la familia.

Género

En general, las tasas de suicidio completado son más altas en hombres que en mujeres. Esto es válido en todos los grupos etarios, con una proporción de hombres y mujeres de alrededor de 4:1 en los adolescentes y adultos jóvenes. Sin embargo, la proporción por género varía entre países. Existen regiones en las cuales la distribución por género de los suicidios completados es similar (p.ej., China). En la región costera oeste de la India, el suicidio entre las niñas es alarmantemente alto (Kanchan et al., 2009). Las relativamente altas tasas de suicidio entre las mujeres jóvenes en algunos países de Asia pueden deberse en parte al fácil acceso y uso de los plaguicidas, particularmente los que son letales, y al limitado acceso a los servicios médicos de emergencia (en cambio, en los países de Europa occidental, el uso de analgésicos menos letales es mucho más frecuente en las mujeres suicidas) (para una revisión ver Turecki & Brent, 2016).

A nivel mundial, las tasas más altas de suicidio completado en los hombres se asocian al uso de medios más violentos (p.ej., armas de fuego, ahorcamiento) y al patrón de factores de riesgo en los hombres (p.ej., agresividad impulsiva, abuso de alcohol). Sin embargo, con respecto a la proporción por género, se cumple lo contrario para los intentos suicidas, que son mucho más frecuentes en mujeres que en hombres (a veces descrito como la “paradoja del género”).

Regiones y países específicos

Las variaciones regionales en las tasas de suicidio reflejan una variabilidad en los factores de riesgo ambientales y sociales. Las tasas de suicidios reportados varían considerablemente entre países; incluso hay diferencias regionales dentro de países relativamente homogéneos (p.ej., tasas relativamente altas en Sajonia en Alemania). Las tasas de suicidio más altas se observan en los países de Europa del Este, entre ellos, los países con una tasa de suicidio tradicionalmente alta desde



finales del siglo XIX (p.ej., Estonia). En las Monarquías del Golfo se observan tasas relativamente bajas (p.ej., Kuwait) (Värnik, 2012).

Además de las diferencias en el registro de los suicidios, esta variabilidad sugiere patrones de factores de riesgo y protectores específicos a cada país (p.ej., desventaja socioeconómica, cambio cultural rápido), geografía y clima (p.ej., exposición a la luz y depresión), acceso a medios letales (p.ej., venenos y armas de fuego), consumo de alcohol y drogas, etnicidad y creencias religiosas.

Las bajas tasas de suicidio en las Monarquías del Golfo pueden ser un reflejo de las normas religiosas y de un bajo consumo de alcohol. En general, se ha descrito una gradiente, donde los agnósticos presentan las tasas más altas de suicidio, los musulmanes presentan las más bajas, y los cristianos, budistas e hindúes están en el medio (Bertolote & Fleischman, 2009).

Las tasas de suicidio son más altas en los grupos minoritarios, particularmente aquellos que han experimentado un cambio social rápido, aculturación o han sido privados de sus derechos como consecuencia de la colonización (p.ej., indios americanos, aborígenes australianos, inuit). Para una revisión completa, el lector puede referirse a Turecki y Brent (2007).

Tendencias seculares

En las últimas décadas, se ha descrito un alza en las tasas y en el número absoluto de suicidios (Bertolote & Fleischman, 2009). Sin embargo, este efecto no es consistente. Por ejemplo, entre los países de la OECD (la Organización para la Cooperación Económica y el Desarrollo, que está formada por 32 países industrializados) en general ha habido una leve disminución de las tasas de suicidio. Algunos países con tasas tradicionalmente altas (p.ej., Hungría) han mostrado un fuerte descenso, mientras que otros con tasas bajas (p.ej., Corea, Japón) han mostrado un fuerte aumento. Aún no hay una explicación respecto a las razones de estos cambios que pueden deberse a rápidos cambios económicos o sociales (p.ej., desempleo). Sin embargo, una mayor carga en la población también puede tener el efecto contrario. Por ejemplo, en Alemania, las tasas de suicidio descendieron considerablemente en los años después de la primera y segunda guerra mundial. Por un período circunscrito, el impulso de concentrarse en las necesidades básicas de la vida diaria de una sociedad puede en parte protegerla del suicidio.

Las tendencias a través del tiempo no son estables. Por ejemplo, en muchos países occidentales se ha observado una disminución en los últimos 20 años en las tasas de suicidio en niños y adolescentes. Esta disminución puede explicarse por una mayor prevalencia y eficacia del tratamiento de los trastornos psiquiátricos (p.ej. el tratamiento farmacológico de la depresión). Sin embargo, tras una década de disminución constante, se observó un aumento relativo del suicidio juvenil entre 2004 y 2005 en los Estados Unidos (Bridge et al, 2008). Posibles factores que pueden explicar este aumento incluyen la influencia de las redes sociales en línea, el aumento de suicidios en militares jóvenes estadounidenses, y tasas más altas de depresión no tratada, como consecuencia de los avisos de la FDA sobre el riesgo de suicidio asociado al uso de antidepresivos.



Datos recientes de la conducta suicida de estudiantes estadounidenses de noveno a doceavo grado están disponibles en la [Encuesta de Conductas de Riesgo en los Jóvenes \(YRBS, por sus siglas en inglés\)](#), Centro de Control de Enfermedades.

Pensamientos suicidas e intentos suicidas

Datos recientes de la Encuesta de Conductas de Riesgo en Jóvenes (2012) mostraron que los estudiantes entre 14 y 18 años habían:

- Considerado seriamente intentar suicidarse (15,8%)
- Intentado suicidarse (7,8%,)
- Intentado suicidarse, resultando en lesiones, envenenamiento o una sobredosis que necesitó tratamiento por un médico o personal de enfermería (2,4%).

Los datos de la Encuesta de Conductas de Riesgo en Jóvenes muestran que la ideación suicida es muy frecuente entre los adolescentes, y que un porcentaje significativo lleva a cabo serios intentos de suicidio. Afortunadamente, las tasas de suicidio completado son comparativamente bajas (los datos estadounidenses del 2013 indican que la prevalencia de muerte por suicidio entre los adolescentes era de 0,006%). Sin embargo, los datos indican una progresión en el desarrollo de la suicidalidad aguda, desde los pensamientos a los planes y al intento de suicidio. Por lo tanto, los pensamientos suicidas siempre deben ser considerados como una señal importante que requiere asesoramiento profesional. Con respecto a la ideación suicida y a los intentos de suicidio, existe una preponderancia femenina en la mayoría de los países (más de dos veces más frecuente entre las mujeres).

Métodos de suicidio

En los últimos años se ha observado que el ahorcamiento ha reemplazado al autoenvenenamiento como método de suicidio más frecuente en niños y

Tabla E.4.5 Principales factores de riesgo de suicidio en los adolescentes*

- Intento de suicidio previo
- Psicopatología
 - Trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar, trastorno de la conducta, y trastorno por consumo de sustancias
 - Comorbilidad psiquiátrica, especialmente la combinación de trastornos del estado de ánimo, trastornos disruptivos y trastornos por consumo de sustancias
 - Rasgos de personalidad disfuncional (especialmente rasgos antisociales, limítrofes, histriónicos, y narcisistas)
 - Sentimientos de desesperanza e inutilidad
 - Agresividad impulsiva: la tendencia a reaccionar a la frustración o provocación con hostilidad o agresividad
- Factores familiares
 - Antecedentes familiares de depresión o suicidio
 - Pérdida de uno de los padres por muerte o divorcio
 - Conflicto familiar
- Abuso físico o sexual
- Ausencia de red de apoyo, malas relaciones con los pares y aislamiento social
- “Salir del armario” o lidiar con sentimientos homosexuales en una familia, comunidad o contexto escolar que no brindan apoyo
- Disponibilidad de métodos letales
- Haber estado expuesto al suicidio (p.ej., suicidio o intento de suicidio en miembros de la familia o amigos; noticias en los medios de comunicación)

*Adaptado de Cash and Bridge (2009).

adolescentes de 10 a 19 años en los Estados Unidos, Inglaterra y otros países (p.ej., Redmore et al, 2016). En los Estados Unidos, el método suicida más frecuente en 2014 fue el uso de armas de fuego (55,4%) en los hombres y el envenenamiento (34,1%) en las mujeres. En cambio, en Europa occidental las armas de fuego juegan un papel secundario; los principales métodos son el saltar desde lugares de gran altura o en frente de un tren. El envenenamiento por plaguicidas es frecuente en regiones agrícolas de países de ingresos bajos y medios, como China e India. En Turquía, en 2015, los cinco métodos más frecuentes de suicidio fueron en frecuencia decreciente: ahorcamiento, armas de fuego, saltar de un lugar de gran altura, sustancias químicas y el uso de un objeto cortante (TurkStat, Estadísticas de Suicidio 2010, www.tuik. Gov.tr, 2011). La intoxicación por monóxido de carbono se está haciendo más frecuente en algunos países del Pacífico Oeste (p.ej., Taiwán). En Europa Occidental y América del Norte, es frecuente utilizar productos farmacéuticos de venta libre (principalmente analgésicos) y los psicotrópicos.

Factores de riesgo

Los principales factores de riesgo de suicidio en la adolescencia se resumen en la Tabla E.4.5. Como se ha dicho, hay una escasez de investigación sobre el suicidio en los preadolescentes. No se ha encontrado todavía un patrón específico de factores de riesgo para este grupo de edad (Turecki & Brent, 2016). En los preadolescentes, los factores de estrés relacionados con la familia pueden desempeñar un papel más importante que en los adolescentes, mientras que la psicopatología dependiente de la edad (p.ej., el consumo de alcohol, el trastorno bipolar, la psicosis) puede tener menos influencia.

Los efectos de la edad y el género ya han sido descritos, sin embargo, debe tenerse en cuenta que el riesgo estadístico se refiere a los promedios en una comunidad, y tiene una relevancia limitada para la evaluación y el tratamiento de pacientes individuales. Por ejemplo, una adolescente tiene un riesgo estadísticamente menor de suicidarse después de un intento de suicidio que su contraparte masculino. Sin embargo, *la evaluación y el tratamiento no son específicos al género!*

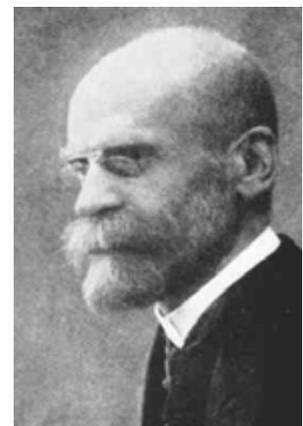
Intentos suicidas previos

Haber intentado suicidio previamente es uno de los predictores más importantes de futuros intentos y del suicidio completado (Hoertel et al, 2015):

- Alrededor de un 30% de los suicidios tienen antecedentes de intentos de suicidio previos
- Después de un intento de suicidio, el riesgo de un futuro intento es 20 veces mayor que en las personas sin previos intentos
- El riesgo de un intento de suicidio grave está fuertemente asociado con el número de intentos previos de suicidio.

Trastorno psiquiátrico

La psicopatología es otro factor de riesgo importante para el suicidio en niños y adolescentes. Los trastornos psiquiátricos están presentes en un 80% a un 90% de los suicidios (Hoertel et al, 2015; Nock et al, 2013). Los cuadros clínicos más importantes son los *trastornos del estado de ánimo, de ansiedad, del comportamiento y del consumo de sustancias*. La deserción escolar y los trastornos mentales comórbidos



Émile Durkheim (1858-1917), sociólogo francés, intentó explicar el suicidio como un fenómeno social.

Modelando la conducta suicida – El efecto “Werther”

Ha habido mucha discusión sobre la influencia de las representaciones de actos suicidas en la frecuencia del suicidio. Un ejemplo clásico es lo que sucedió en Alemania después de la publicación del popular libro de Goethe “Los Dolores del Joven Werther” en 1774. La publicación fue seguida de una serie de suicidios de jóvenes. Esto se atribuyó a la viva descripción del joven protagonista, quitándose la vida románticamente, después de haber sido rechazado por la mujer que amaba. El libro fue posteriormente prohibido en la mayor parte de Europa.

Grupos de suicidios han ocurrido después de la presentación de informes de suicidio en los medios de comunicación y la representación ficticia de suicidio en la televisión, (“Efecto Werther”). Según un estudio naturalista alemán (Schmidtke &



Hafner, 1988), la difusión de una telenovela que mostraba el suicidio de un hombre de 19 años en el ferrocarril, resultó en un aumento (175%) de los suicidios ferroviarios entre varones de 15 a 19 años. Los factores asociados con la imitación son: el tiempo (los suicidios tienen su punto máximo en los primeros días después de la publicación), cantidad y prominencia de la cobertura mediática, similitud entre la víctima y el adolescente, estatus de celebridad de la víctima, descripción específica del suicidio (método, tiempo, lugar), reporte romántico y sensacionalista, sugerencias de que es una epidemia, y simplificación de las razones del suicidio (Organización Mundial de la Salud, 2008).

Los intentos de suicidio y los suicidios entre los pares (Hazell & Lewin, 1993) también incrementan el riesgo. Diferentes vías pueden conducir a una agrupación de suicidios; aparte de lo mencionado, los síntomas de estrés postraumático, el duelo, la amistad con compañeros vulnerables, y la mera imitación son un factores significativos.

como consecuencia de un trastorno específico del aprendizaje también juegan un papel (APA, 2013). Además de la comorbilidad, es de gran relevancia la *gravedad del impacto negativo en el funcionamiento* causado por los síntomas psiquiátricos, así como también la *carga total de síntomas*. En el estudio Grandes Montañas Humeantes (*Great Smoky Mountains*, en inglés), la gravedad del impacto negativo en el funcionamiento debido a los síntomas explicaba la mayor parte del riesgo de suicidio asociado a los trastornos psiquiátricos (Foley et al, 2006). Las alteraciones del sueño también han sido asociados a la suicidalidad (Wong et al, 2016). En esta encuesta se observó que dos de los tres síntomas del insomnio tenían una asociación significativa con los pensamientos y planes de suicidio, incluso después de controlar por el efecto de los trastornos psiquiátricos que tienen un efecto en la suicidalidad. Tener problemas para conciliar el sueño o permanecer dormido tenía tanto una relación directa como indirecta (mediante el consumo de sustancias, trastornos del estado de ánimo y ansiedad) con el comportamiento suicida.

Además de la presencia de trastornos psiquiátricos, las *conductas de riesgo para la salud* (conductas disruptivas, sexuales y de consumo de sustancias) también se asocian con un mayor riesgo de suicidio en adolescentes jóvenes (Seguin et al, 2014). Los sentimientos de *desesperanza e inutilidad*, así como la *agresividad impulsiva*, también se vinculan con el suicidio. Aunque estos estados ocurren a menudo en el contexto de una depresión o de un trastorno de conducta, también pueden ser relevantes en personas sin un trastorno psiquiátrico. Esto también se refiere a los efectos desinhibidores de la *intoxicación aguda* que pueden explicar actos suicidas en personas sin dependencia manifiesta a las sustancias.

La conducta suicida también puede ocurrir en niños sin un trastorno psiquiátrico. En el estudio *Great Smoky Mountains*, el suicidio juvenil en ausencia

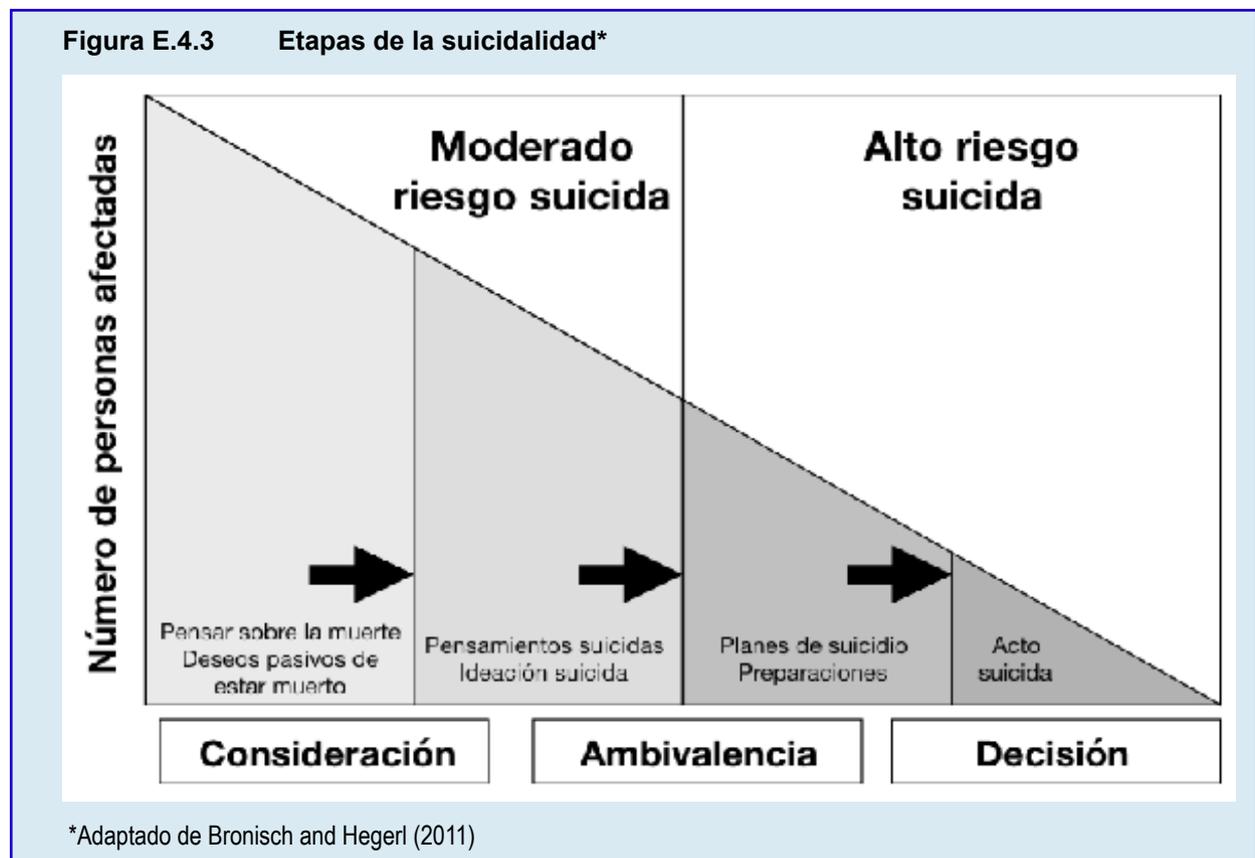
de un trastorno psiquiátrico estaba relacionado a conductas suicidas previas, problemas legales y disciplinarios, y trastornos psiquiátricos en la familia.

Ambiente familiar

La psicopatología paterna y los antecedentes de conducta suicida en la familia se asocian a un mayor riesgo de suicidio en la descendencia. La propensión al suicidio en familias puede ser independiente de una historia familiar de enfermedades psiquiátricas. Los niños de padres con trastornos del estado de ánimo muestran más intentos de suicidio, cuando hay antecedentes de suicidio de los padres, en comparación con los hijos de padres sin historia de intentos de suicidio. La psicopatología familiar – especialmente los intentos de suicidio en las madres y el consumo de sustancias en ambos padres – y el conflicto familiar, predicen mayor suicidalidad en la adolescencia, incluso cuando se controla por morbilidad psiquiátrica (Björkenstam et al., 2017, Turecki & Brent, 2016).

Adversidad

En el Estudio de *Great Smoky Mountains*, la pobreza se asocia con el comportamiento suicida, independientemente del perfil psiquiátrico o de la gravedad de la psicopatología. La estabilidad de la red psicosocial también es relevante. En un estudio danés, los cambios frecuentes de residencia se asocian con un mayor riesgo de intento de suicidio y de suicidio completo en niños y adolescentes (Qin et al, 2009). Los adolescentes que cometen suicidio a una edad más temprana a menudo presentan una gran carga de adversidad y una historia de abuso y maltrato infantil (Seguin et al, 2014). La gravedad del abuso sexual se correlaciona con el riesgo de intentos de suicidio en una muestra canadiense (Brezo



et al, 2008). Esto se observa incluso en preadolescentes. En un estudio de niños de 8 años de edad que habían sido víctimas de maltrato, el 10% de ellos reportó ideas suicidas (Thompson et al, 2005).

Estresores

El *acoso escolar* se asocia a intentos de suicidio y con conductas autolesivas. En un estudio finlandés, la victimización frecuente en las niñas se asocia a posteriores intentos de suicidio y suicidios completados, incluso después de controlar por la psicopatología. El acoso escolar y la victimización también se asocia a la suicidalidad en los niños, pero este efecto no se mantiene cuando se controla por síntomas depresivos y disruptivos (Klomek et al, 2009).

Otros estresores relevantes incluyen las *crisis legales o disciplinarias*, el *encarcelamiento* y las *dificultades escolares*. Exámenes altamente competitivos también pueden contribuir al suicidio. Por ejemplo, en el año 2010 en Turquía, 13 jóvenes de alrededor del 19 años de edad se quitaron la vida, supuestamente asociado a un reciente fracaso académico (TurkStat; Estadísticas de Suicidio, 2010, 2011).

Sexualidad

Existe evidencia de que jóvenes homosexuales, lesbianas y bisexuales tienen un mayor riesgo de presentar conductas suicidas (Haas et al, 2011). Esto puede ser más acusado cuando “salen del armario” o cuando las familias no les apoyan (Ryan et al, 2009) (véase también el Capítulo H.3).

Internet y Redes Sociales

En la Internet hay un amplio espectro de páginas web relativas al suicidio. Existen páginas web “anti-suicidio”, que son mantenidas en su mayoría por grupos de autoayuda, organizaciones gubernamentales o internacionales. Por otro lado, hay páginas web que claramente celebran el suicidio, dando consejos sobre medios letales y ofreciendo grupos de chat en los que los usuarios pueden anunciar su intención de suicidarse o incluso fijar una fecha para suicidio colectivo. Algunas de estas páginas web están vinculadas a subculturas específicas (p.ej., Emo). Un [servicio alemán](#) destinado a proteger a los jóvenes de las páginas web perjudiciales informó sobre 450 páginas web; alrededor del 40% promovían o trivializaban el suicidio.

CONDUCTA SUICIDA

Evolución clínica

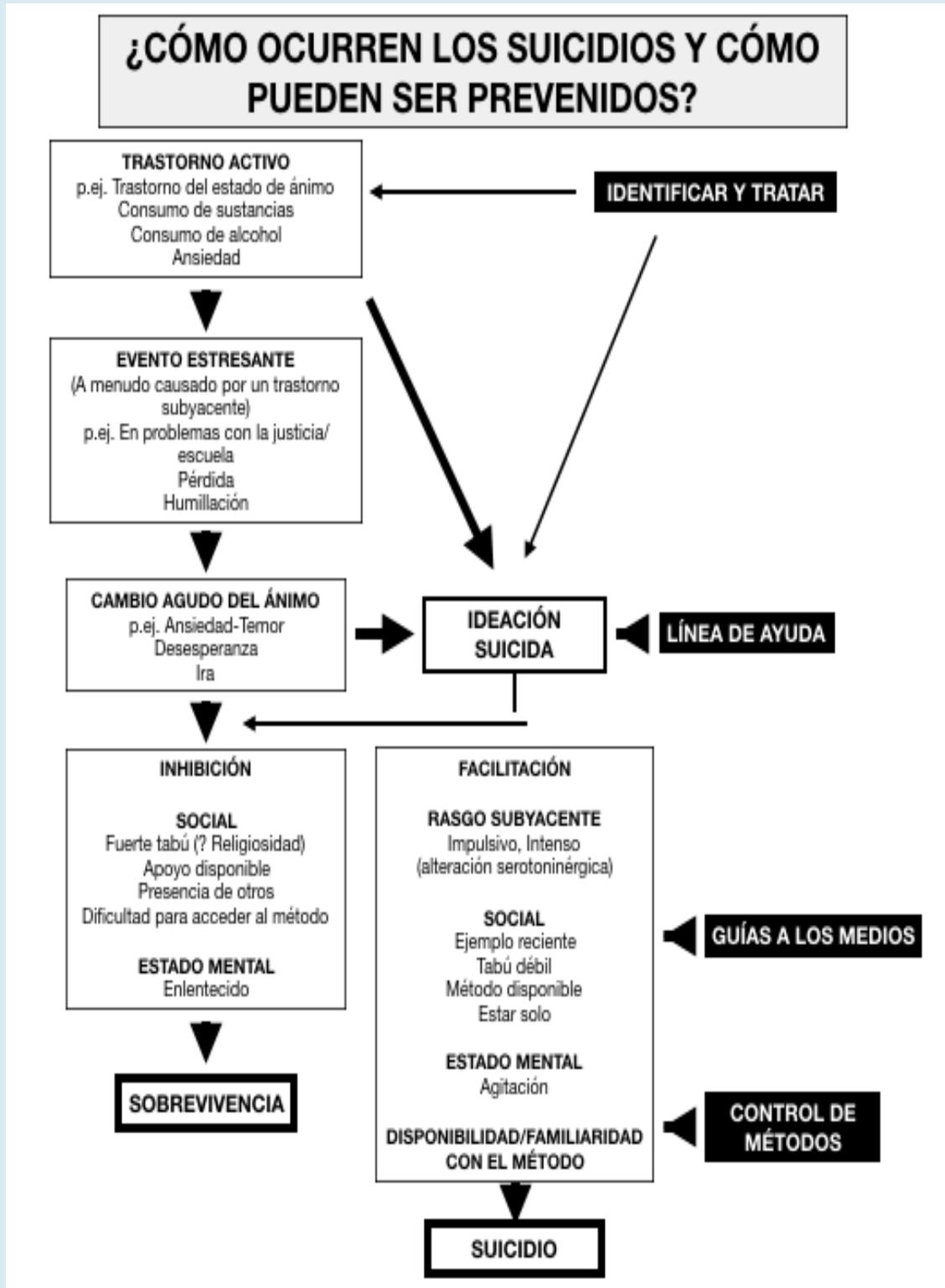
Etapas de la conducta suicida

La suicidalidad puede ser conceptualizada como un continuo, con pensamientos acerca de la muerte en un extremo y actos suicidas graves en el otro (Figura E.4.3; Bronisch & Hegerl, 2011). La suicidalidad aguda a menudo se desarrolla de forma gradual y progresiva, con pensamientos y planificación cada vez más intensa y específica que supera la ambivalencia, de tal manera que la persona se torna cada vez más determinada a llevarlo a cabo.



Haga clic en la imagen para escuchar un poderoso mensaje antisuicida (“Si estás considerando el suicidio, esto es para ti...”), por la talentosa rapera Angel Haze. Advertencia: lenguaje vulgar. (04:12)

Figura E.4.4 Modelo de desarrollo de la suicidalidad con tipos de intervenciones preventivas dirigidas



Reproducido con autorización de "Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behavior" (Parámetros prácticos para la evaluación y tratamiento de los niños y adolescentes con conducta suicida, en inglés). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 40 (sup):24S-51S. ©2001 American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.

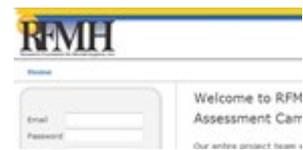
A medida que las ideas de suicidio se hacen más específicas, es característico que se desarrolle un “síndrome presuicida” (Ringel 1959; Ringel, 1976). Según Warnke (2008), éste se caracteriza por:

- Sentimientos de desesperanza, autoreproche, sentirse solo e incomprendido
- Rumiaciones negativas, sentir lástima de uno mismo
- Inactividad y retraimiento social
- Agresividad pasiva dirigida hacia uno mismo (autoagresión)
- Fantasías y planes de suicidio
- Disforia
- Síntomas somáticos, alteraciones del sueño, fatiga, y pérdida del apetito.

Una vez que se ha tomado la decisión de cometer suicidio, la persona puede estar menos agitada y parecer más estable, lo que puede llevar a que se subestime el riesgo de suicidio. La presencia de un síndrome presuicida debe ser un signo de alarma. Sin embargo, esto puede ser menos claro en el caso de niños y adolescentes, en los cuales el suicidio impulsivo es más frecuente que en los adultos. Por lo tanto, debe tenerse en cuenta que los intentos de suicidio pueden ocurrir en cualquiera de estas etapas.

Generalmente el suicidio tiene lugar en medio de una crisis, y raramente ocurre en ausencia de otros factores. Para que una crisis tenga lugar, generalmente se requiere una predisposición, un desencadenante, un facilitador y la disponibilidad de un método para llevarlo a cabo. Teniendo en cuenta todo lo anterior permite realizar intervenciones que disminuyen el riesgo en cada una de las etapas de la crisis.

- *Predisposición.* Como se describió previamente, los jóvenes que intentan suicidarse tienen una predisposición a hacerlo; muchos de los casos son debido a un problema de salud mental, a menudo una depresión.
- *Desencadenante.* La mayoría de los suicidios y de los intentos de suicidio tienen lugar después de pase algo que haga que los adolescentes se sientan infelices, temerosos o enfadados. Los conflictos con otras personas (padres, amigos, escuela, policía) son desencadenantes frecuentes. Algunos ejemplos de éstos son las crisis disciplinarias (cuando los adolescentes son descubiertos realizando algo indebido, como robar, y están esperando un castigo), una humillación pública, la amenaza de separación de su novio/novia, y la revelación de un abuso sexual. Generalmente, estas situaciones son percibidas como más catastróficas por el adolescente que por otras personas.
- *Facilitador.* Es más probable que las emociones fuertes que generan las crisis conduzcan al suicidio si el juicio del joven está afectado por el alcohol o las drogas. Otros facilitadores incluyen la identificación con alguien famoso o admirado que cometió suicidio, la presencia de suicidio entre miembros de la familia o amigos, o si el adolescente no tiene creencias religiosas que prohíben el suicidio.
- *Oportunidad.* Finalmente, los adolescentes necesitan tener acceso a métodos para cometer un suicidio que sean aceptables para ellos. Aunque parezca extraño, a menudo las personas tienen una idea clara sobre cómo les gustaría quitarse la vida.



Haga clic en la imagen para acceder al programa de formación de la Escala de Columbia de Evaluación de la Gravedad del Suicidio (C-SSRS).

Tabla E.4.6 Ejemplos de preguntas de cribado del riesgo de suicidio (DGPPN, 2009)

- “¿Has pensado que no quieres vivir más, o que no vale la pena vivir?”
- “¿Te esto pasa a menudo?”
- “¿Piensas en esto sin querer? Es decir: ¿Te han molestado pensamientos suicidas no deseados?”
- “¿Has sido capaz de apartar estos pensamientos?”
- “¿Tienes ideas específicas sobre cómo hacerlo?”
- “¿Has hecho planes o preparaciones?”
- “¿Existe algo que te impide hacerlo?”
- “¿Has hablado con alguien sobre tus ideas suicidas?”
- “¿Has tratado alguna vez de quitarte la vida?”
- “¿Se ha suicidado alguien en tu familia o entre tus amigos o conocidos?”

Tabla E.4.7 Indicadores de riesgo suicida agudo - factores individuales actuales (examen del estado mental)

Ideación suicida:

- Las ideas de suicidio persisten incluso después de una larga conversación
- Pensamientos suicidas apremiantes que emergen espontáneamente
- Plan de suicidio preciso (método, lugar, tiempo, u otras especificaciones)
- Preparación para el suicidio, especialmente en el caso de un método violento; preparaciones para despedirse
- Ideas altruistas (pseudo-altruistas) de suicidio; pensamientos de autosacrificio

Síntomas y comorbilidades:

- Marcada desesperanza (falta de perspectiva del futuro, bajo rendimiento académico, fracaso en el trabajo; el conflicto que ha dado lugar a la ideación suicida continúa sin resolverse)
- Retraimiento social reciente
- Alta agitación, agresividad, inestabilidad emocional o pánico
- Intoxicación (alcohol, drogas)
- Síntomas de psicosis aguda
- Alteraciones en el control de impulsos y desinhibición (p.ej., en el caso de intoxicación por alcohol, delirio agudo o manía)
- Síntomas de depresión grave
- Síntomas prominentes de un trastorno de personalidad o un trastorno de la conducta, especialmente en combinación con el consumo de alcohol

Otros factores importantes:

- No se puede establecer un vínculo
- El paciente se esfuerza por ser admitido en un tratamiento hospitalario
- El examen tiene lugar menos de un año después del último intento de suicidio

Debe tenerse en cuenta que a menudo hay varios factores de riesgo al mismo tiempo. Esto se ejemplifica en los siguientes casos clínicos:

- Una niña de 14 años de edad se sentía insegura sobre su orientación sexual; tenía sentimientos románticos hacia una compañera de curso que la había rechazado duramente hacía poco tiempo. La niña tenía un bajo rendimiento académico y se había vuelto cada vez más deprimida tres meses antes de la evaluación. La publicación de una nota suicida en una sala de chat en línea incitó la evaluación psiquiátrica. Sus padres informaron que un tío se había suicidado dos años antes.
- Un joven de 16 años fue derivado para una evaluación psiquiátrica por parte del servicio de emergencias, donde recibió tratamiento por cortes autoinfligidos en sus muñecas; también estaba ebrio. El joven estaba estigmatizado por un hemangioma congénito en la mejilla izquierda. Había sido criado por su madre soltera que lo había concebido a los 17 años y no había tenido relaciones estables. El joven había hablado de sus pensamientos de suicidio con sus compañeros.

Tabla E.4.8 Indicadores de riesgo agudo de suicidio - factores individuales en el pasado (antecedentes del paciente) y en la familia (antecedentes familiares)

Antecedentes del paciente

- Intentos de suicidio previos
- Suicidio en el ambiente cercano

Estresores sociales

- Pérdida de un ser querido -- sobre todo uno de los padres -- debido a suicidio, muerte natural o accidental, separación, divorcio o ausencia prolongada
- Romper de una relación cercana (romántica o de amistad)
- Falta de contactos sociales y mala integración en el grupo de pares que conduce a sentimientos de soledad y de ser rechazado, especialmente en el caso de migración o reubicación

Síntomas y comorbilidades

- Conducta agresiva y delincuencia
- Trastornos psiquiátricos, mayormente depresión y consumo o dependencia de sustancias
- Niños: poca disciplina, absentismo escolar

Otros factores importantes

- No hay vínculos religiosos o similares
- Conflictos aparentemente insolubles debido a embarazos no deseados
- Conflictos relacionados con la orientación sexual y género

Antecedentes familiares

- Suicidios e intentos de suicidio en miembros de la familia
- Psicopatología paterna
- Una historia familiar de violencia, consumo y abuso de sustancias
- Relaciones familiares inestables y conflictos no resueltos en la familia, falta de apoyo social por parte de miembros de la familia.



El acceso a métodos letales incrementa el riesgo de suicidio.

Tabla E.4.9 Indicadores de riesgo de suicidio agudo - características de un intento de suicidio previo

- Los intentos de suicidio o los pensamientos suicidas que se refieren a un “método duro” (p.ej., ahorcamiento, arma de fuego, saltar de un lugar de gran altura, saltar o tumbarse delante de un vehículo en movimiento)
- El intento de suicidio está bien pensado y tiene una planificación clara
- Baja probabilidad de alguien ayude e intervenga (arreglos específicos para prevenir ser encontrado, p.ej., intento de suicidio en un lugar aislado, apartado de los demás, momento del suicidio elegido para evitar ser encontrado, no alertar a otros después del acto suicida)
- Se informó a otros de la intención de suicidarse, se escribió una nota suicida
- Se expresa un claro deseo de morir, sin sentir alivio por seguir viviendo.

Tabla E.4.10 Aspectos específicos de la evaluación en niños prepuberales – ejemplos de preguntas*

Entrevistando niños cuya comprensión de los conceptos de tiempo, causalidad y muerte es limitado:

- “¿Piensas en quitarte la vida más de una o dos veces al día?”
- “¿Has intentado quitarte la vida desde el verano pasado/desde que comenzó el año escolar?”
- “¿Qué pensaste que pasaría cuando saltaste de la ventana?”
- “¿Qué habría pasado si hubieras muerto?; ¿Cómo habría sido?”

Entrevistando a los padres sobre la ideación y conducta suicida de sus hijos

- “¿Qué es lo que sucedió exactamente (paso por paso) el día en que su hijo habló de querer quitarse la vida o intentó hacerse daño?”
- “¿Cómo descubrió que su hijo estaba pensando o tratando de hacerse daño?”
- “¿Qué estaba haciendo usted cuando su hijo estaba pensando o tratando de hacerse daño?”
- “¿Qué pasó después de que su hijo pensó o trató de hacerse daño?”

*Jacobsen et al (1994)



Haga clic en la imagen para acceder a la guía NICE “Autolesiones: El Manejo Físico y Psicológico a Corto Plazo y Prevención Secundaria de las Autolesiones en Atención Primaria y Secundaria” (en inglés)

A modo de ejemplo, en la Figura E.4.6 se muestran algunas características del desarrollo de la suicidalidad relevantes para la prevención del suicidio (Academia Americana de Psiquiatría Infantil y Adolescente, AACAP, 2001).

Evolución

En la mayoría de los estudios sobre la historia natural de las conductas autolesivas no se hace distinción entre la autolesión no suicida y los intentos de suicidio. Esto se debe en parte a datos obtenidos en la atención clínica rutinaria no psiquiátrica (sin un examen minucioso respecto a la intención suicida). Además, en una proporción significativa de pacientes, coexisten las autolesiones suicidas y no suicidas. Como se describió anteriormente, el riesgo de un suicidio completado aumenta considerablemente en las personas con un intento de suicidio previo. Un estudio reciente – naturalista y prospectivo, siguiendo una muestra de adolescentes desde la hospitalización psiquiátrica hasta la edad adulta, con múltiples evaluaciones por participante – hizo posible examinar las diferentes trayectorias del desarrollo de los pensamientos y comportamientos suicidas, así como de las

Haga clic aquí para acceder la guía NICE “Autolesiones: Manejo a Largo Plazo” (en inglés)

Tabla E.4.11 Evaluación del riesgo suicida*

	Riesgo alto	Riesgo medio	Riesgo bajo
<p>Estado mental "en riesgo"</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deprimido • Psicótico • Desesperanza, desesperación • Culpa, vergüenza, ira, agitación • Impulsividad 	<p>Ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Depresión grave • Alucinaciones de mandato o delirios sobre morir • Preocupación por la desesperanza, desesperación, sentimientos de inutilidad • Ira y hostilidad grave. 	<p>Ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Depresión moderada • Algo de tristeza • Algunos síntomas de psicosis • Algunos sentimientos de desesperanza • Ira y hostilidad moderada. 	<p>Ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sin depresión o depresión leve • Tristeza • Sin síntomas psicóticos • Hay esperanza sobre el futuro • Sin o leve ira, hostilidad.
<p>Intentos suicidas o pensamientos suicidas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intencionalidad • Letalidad • Acceso a métodos • Intentos de suicidio previos 	<p>Ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pensamientos continuos/ específicos • Evidencia de intencionalidad clara • Un intento de alta letalidad (alguna vez). 	<p>Ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pensamientos frecuentes • Intentos múltiples de baja letalidad • Amenazas repetidas. 	<p>Ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sin pensamientos o pensamientos vagos • Sin intentos recientes o un intento reciente de baja letalidad y baja intencionalidad.
<p>Trastorno por consumo de sustancias (consumo actual de alcohol y otras drogas)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Intoxicación, consumo o dependencia actual de sustancias. 	<ul style="list-style-type: none"> • Riesgo de intoxicación, consumo o dependencia de sustancias. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sin consumo de sustancias o consumo infrecuente.
<p>Antecedentes corroborados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Familia, cuidadores • Registros médicos • Otros proveedores y fuentes de servicios 	<ul style="list-style-type: none"> • Incapacidad de acceder o verificar información, o hay informes contradictorios de los acontecimientos, comparado con el relato de la persona en riesgo 	<ul style="list-style-type: none"> • Acceso a alguna información • Dudas sobre la plausibilidad de los acontecimientos descritos por la persona en riesgo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Capacidad de acceder o verificar la información y el relato de los acontecimientos de la persona en riesgo (lógica, plausibilidad).
<p>Fortalezas y apoyos (afrentamiento y vinculación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Capacidad de comunicarse • Disponibilidad de apoyo • Las personas que pueden dar apoyo están dispuestas y son capaces de hacerlo 	<p>Ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El paciente rechaza ayuda • Ausencia de relaciones de apoyo o presencia de relaciones hostiles • Los familiares y amigos no están disponibles, no desean o no pueden ayudar • Enfermedad mental de los padres • Violencia o consumo de sustancias en la familia. 	<p>Ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El paciente es ambivalente • Vinculación moderada • Pocas relaciones, pueden estar disponibles pero no desean o pueden ayudar consistentemente • Síntomas mentales moderados en miembros de la familia • Algo de inestabilidad o parentalidad disfuncional. 	<p>Ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El paciente acepta ayuda • Se está formando una alianza terapéutica • Buena conexión, buenas relaciones y apoyo • Las relaciones significativas quieren y pueden ayudar consistentemente • Ambiente familiar de apoyo.
<p>Práctica reflexiva</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel y calidad de la participación • Variabilidad del nivel de riesgo • Evaluación de la confianza en el nivel de riesgo 	<ul style="list-style-type: none"> • Baja confianza en la evaluación o alta variabilidad o ausencia de vínculo terapéutico • Baja participación 		<ul style="list-style-type: none"> • Alta confianza en la evaluación y baja variabilidad • Buen vínculo terapéutico, participación.

Sin riesgo (previsible): Después de una evaluación completa del riesgo suicida, no hay evidencia de riesgo actual en la persona. No hay presencia de pensamientos suicidas o de una historia de intentos, y tiene una buena red de apoyo social.

*Modificado del Departamento de Salud de NSW (2004, p20)

Tabla E.4.12 Manejo agudo de la conducta suicida*

Riesgo alto, o alta variabilidad o baja confianza en la evaluación: Reevaluar dentro de 24 horas
<ul style="list-style-type: none"> • Asegurarse de que el paciente está en un ambiente apropiado y seguro • Organizar una reevaluación dentro de las siguientes 24 horas • Organizar tratamiento y monitorización cercana • Realizar planes de contingencia para una reevaluación rápida si aumentan los síntomas de malestar.
Riesgo medio (riesgo significativo pero moderado): Reevaluar dentro de una semana
<ul style="list-style-type: none"> • Organizar una nueva evaluación dentro de una semana • Realizar planes de contingencia para una reevaluación rápida si aumentan los síntomas de malestar
Riesgo bajo (riesgo definido pero bajo): Reevaluar dentro de un mes
<ul style="list-style-type: none"> • Organizar una reevaluación dentro de un mes (el marco de tiempo de reevaluación debe determinarse en base al juicio clínico) • Reevaluar dentro de un semana después del alta de una unidad de hospitalización • Proporcionar información escrita sobre como obtener cuidado clínico adecuado 24 horas al día
*Departamento de Salud de NSW (2004a, p21).

variables demográficas asociadas, los factores de riesgo, los factores protectores y los resultados no suicidas (Goldston et al, 2016). Los autores analizaron datos obtenidos de 180 adolescentes de 12 a 18 años de edad que fueron evaluados sistemáticamente durante una media de 13,6 años (2.273 evaluaciones) desde su hospitalización psiquiátrica. Los resultados indicaron la existencia de cuatro grupos que se asocian con patrones distintos de correlaciones entre factores de riesgo y protectores, y la ausencia de conducta suicida. El *grupo de mayor riesgo* corresponde a adolescentes con ansiedad y desesperanza crónica, que describen pocas razones para vivir y con una impulsividad creciente durante la edad adulta. Este grupo es el único que tiene una mayor probabilidad de un trauma sexual, y una proporción más alta de tiempo experimentando episodios de depresión mayor y trastornos de ansiedad generalizada. El *grupo de riesgo creciente* se caracteriza por una mayor impulsividad y agresividad autoreportada, así como dificultades en el desempeño de roles durante la vida adulta y mayores rasgos de ansiedad. Los *grupos de bajo riesgo y muy bajo riesgo* muestran rasgos de ansiedad altos y menos razones para vivir, pero son capaces de desarrollar una capacidad de regulación emocional y conductual a medida que maduran, o se benefician de los cambios en circunstancias a medida que transitan hacia una vida más independiente. Estos datos resaltan la heterogeneidad de los patrones de desarrollo de los pensamientos y comportamientos suicidas entre diferentes grupos de jóvenes y adultos jóvenes en riesgo.

En una gran muestra de niños y adolescentes ingleses menores de 15 años de edad que consultaron en hospitales generales por autolesiones deliberadas, el seguimiento a largo plazo (11 años) observó que un 1% se habían suicidado (Hawton & Harris, 2008). Esto refleja un riesgo individual de suicidio completado relativamente bajo en pacientes con autolesiones, incluso a largo plazo. Por otro

lado, estos datos sugieren que las personas que se infligen autolesiones tienen un riesgo de suicidio 100 veces más alto que la población general.

EVALUACIÓN

Existen cuestionarios para analizar el riesgo de suicidio en niños y adolescentes pero no son discutidos en detalle en este capítulo porque la mayoría sólo están disponibles en inglés, y la información sobre sus propiedades psicométricas y las traducciones específicas están respaldadas por una cantidad limitada de estudios, que no permite evaluar su precisión (Runeson et al, 2017; Horowitz e, 2009; el lector interesado puede revisar AACAP, 2001).

Un adolescente de 14 años (Michael) estaba caminando por las vías del tren cuando fue encontrado por los trabajadores ferroviarios. Se llamó a la policía y se inició una derivación al servicio de psiquiatría infantil. Durante la evaluación, Michael admitió que había falsificado repetidamente los informes escolares para esconder sus malas notas. Pronto iba a tener lugar una reunión entre sus padres y su educador, y se sabía la verdad. Michael tenía miedo de la reacción de sus padres y no tenía idea de cómo lidiar con esta situación. Él pensaba que herirse o quitarse la vida en las vías del tren era la única manera de evitar la confrontación con sus padres. Además de su bajo rendimiento escolar no fue posible identificar otros factores de riesgo importantes para el suicidio. Michael fue capaz de analizar sus acciones con sus padres, quienes aceptaron sus disculpas. Dado que no había síntomas de otros trastornos mentales, y que ya no tenía intención de hacerse daño, fue dado de alta de la unidad de psiquiatría infantil un día después del ingreso. Se programó una cita con el psiquiatra infantil tres días después del alta. Michael y sus padres estuvieron de acuerdo en que la escuela también debía ser parte del plan de manejo. Las malas calificaciones y la inminente reunión con el maestro de la escuela seguían siendo una preocupación importante para él.

El plan de contingencia elaborado con Michael y sus padres fue el siguiente:

1. **Para Michael: Si me siento desesperado, y tengo ganas de dañarme a mi mismo, hablaré abiertamente de esto con mis padres. Ellos contactaran a <nombre del profesional de salud mental>. <Nombre del profesional de salud mental> ofrecerá una cita para ese mismo día o el día siguiente.**
2. **Para Michael: Si mis padres no están presentes en ese momento, contactaré a una persona en la que confío <nombres de las personas>. Si ninguna de esas personas está disponible, yo mismo contactaré a <nombre del profesional de salud mental>.**
3. **Para Michael y sus padres: Si <nombre del profesional de salud mental> no puede ser contactado, llamaremos al <número de emergencia del servicio de psiquiatría infantil> y solicitaremos una cita urgente. <El servicio de psiquiatría infantil> ofrecerá esta cita en las próximas horas.**
4. **Para los padres de Michael: Si Michael se siente como se describió anteriormente, uno de nosotros se quedará con él hasta que tenga lugar la cita con el profesional. Si no es posible garantizar esto, llamaremos para programar una cita de emergencia, como se especificó anteriormente.**
5. **Si, por alguna razón, <nombre del profesional de salud mental> no puede ofrecer una cita, se programará una cita con otro profesional.**

Plan de contingencia (Departamento de Salud de NSW, 2004a, p23).

La planificación de contingencias requiere que el profesional y la persona en riesgo y su familia, anticipen escaladas de riesgo, tales como:

- Deterioro de relaciones familiares
- Incremento de síntomas (depresión, insomnio, alucinaciones, sentimientos suicidas)
- La falta de disponibilidad temporal del profesional o del equipo de cuidados agudos.

El plan de contingencia debe ser enmarcado, comunicado y registrado de la siguiente manera:

- Si el paciente (p.ej., los pensamientos suicidas empeoran), entonces el paciente hará lo siguiente <acciones que deben realizarse, p.ej., contactar al médico NN, hablar con los padres sobre esto>
- La familia hará <lo que la familia debe hacer, p.ej., asegurar que no se deje solo al paciente, contactar al médico NN, administrar el medicamento prescrito>
- El servicio de salud hará <acciones que debe realizar el servicio de salud, p.ej., programar una cita urgente, hacer una visita domiciliaria>

Debido a su amplia disponibilidad, dado que se ha traducido a más de 100 idiomas, se describe a continuación la Escala de Columbia de Evaluación de la Gravedad de Suicidio (C-SSRS, por sus siglas en inglés; Posner et al, 2011). La C-SSRS se diseñó para distinguir la ideación suicida de la conducta suicida, en base a la evaluación de cuatro conceptos:

- 1) Gravedad de los pensamientos (deseo de estar muerto, pensamientos suicidas activos no específicos, intento suicida, e intento de suicidio con un plan)
- 2) Intensidad de la ideación (frecuencia, duración, controlabilidad, medidas disuasorias, y motivos de la ideación)
- 3) Comportamiento (intentos actuales, abortados e interrumpidos; conductas preparatorias; y conductas autolesivas no suicidas)
- 4) Letalidad.

Hay diferentes formas de esta escala, incluyendo versiones para niños, que están disponibles en la [página web de la C-SSRS](#). Las propiedades psicométricas parecen ser buenas (Posner et al, 2011) y la administración sólo lleva unos minutos. En la página web también hay un programa de entrenamiento, que es requisito para la administración de la C-SSRS en ensayos clínicos y está altamente recomendado antes de usar la escala en la práctica clínica.

Las escalas de evaluación pueden ser útiles para fines de cribado – p.ej., para la identificación de personas en riesgo en los proyectos de prevención. Sin embargo, para evaluar el riesgo de suicidio se requiere una evaluación clínica realizada por un profesional entrenado. Esta evaluación debe incluir un examen físico y psiquiátrico, y la recopilación de los antecedentes clínicos completos del paciente (con información del paciente, sus padres y otras personas significativas), para conocer los estresores psicosociales agudos, previos diagnósticos psiquiátricos, el estado mental actual y las circunstancias de los intentos de suicidio previos.

La suicidalidad se debe evaluar directa y abiertamente en una atmósfera acogedora. No hay riesgo de causar suicidalidad por hablar de ella; existe el riesgo de pasar por alto la suicidalidad si se evita el tema. La evaluación debe ser gradual, de preguntas generales a preguntas más específicas. En la Tabla E.4.6 se presentan algunos ejemplos de preguntas que se deben hacer cuando se criba para la suicidalidad. Si se descarta el riesgo agudo de suicidio, se pueden omitir las evaluaciones adicionales. Por otro lado, la exploración deberá ser más detallada si se encuentran factores de riesgo para el suicidio.

Una exploración sofisticada cubriría exhaustivamente todos los factores de riesgo de suicidio conocidos, que se resumen en las Tablas E.4.7 a E.4.9 (Warnke, 2008), entre los que se incluyen:

- Factores individuales actuales (examen del estado mental)
- Factores individuales en el pasado (antecedentes del paciente) y en la familia (antecedentes familiares)
- Características específicas de los intentos suicidas previos.

La Tabla E.4.10 muestra ejemplos del tipo de temas que deben explorarse al evaluar el riesgo de suicidio en niños prepúberes. Aparte de los temas ya mencionados, los aspectos específicos se refieren a las dificultades de entrevistar a niños cuya comprensión del tiempo, causalidad y muerte puede ser inadecuada.

EVALUACIÓN DEL RIESGO

El riesgo de suicidio es bajo si:

- No hay un trastorno psiquiátrico mayor que requiera tratamiento
- El paciente es capaz de establecer una alianza terapéutica adecuada con el profesional
- El intento de suicidio no tenía intencionalidad de muerte
- El paciente afirma clara y creíblemente que no llevará a cabo nuevos intentos
- El paciente se siente esperanzado respecto del futuro, y tiene metas concretas en relación con actividades de la vida diaria
- Existe apoyo familiar y social estable
- No hay presencia de estresores significativos.

A menudo no es posible excluir definitivamente el riesgo de suicidio y es necesario realizar una estimación del nivel de riesgo. La Tabla E.4.11 resume los factores que se deben considerar para determinar si pacientes están en un riesgo de suicidio alto, medio, bajo o no previsible (Departamento de Salud de NSW, 2004a).

Se debe prestar atención especial a la *variabilidad del riesgo* (p.ej., el riesgo suicida no es estático pero varía debido a cambios en el estado mental, las relaciones o los estresores) y a la *confianza* en la evaluación. Una baja confianza en la evaluación puede atribuirse a (1) factores individuales (p.ej., enfermedad mental, el paciente está intoxicado); (2) factores del ambiente social (p.ej., un divorcio con un conflicto respecto a la custodia, que provoca que uno de los padres no hable sobre los problemas), o (3) factores propios del proceso de evaluación (p.ej., evaluación incompleta, el paciente se niega a contestar preguntas) (Departamento de Salud de NSW, 2004a).

MANEJO DE LA CONDUCTA SUICIDA

El tratamiento óptimo de niños y adolescentes con conducta suicida requiere una continuidad de servicios entre los que se incluyen intervenciones de emergencia, ambulatoria, domiciliaria, de día y hospitalización (Steele & Doey, 2007). Sin embargo, en la práctica, a menudo esto no es posible debido a la falta de recursos.

El primer paso en el manejo del riesgo de suicidio es asegurarse de que el niño o adolescente está seguro y recibe apoyo. La estrategia de manejo depende del nivel y de la variabilidad del riesgo y de la confianza en la evaluación (ver Tabla E.4.11).

En el servicio de emergencias, los niños y adolescentes que han realizado un intento de suicidio deben ser evaluados por un profesional de salud mental con experiencia, que debe incluir una entrevista con los padres o familiares, y una evaluación exhaustiva del riesgo. El personal de salud debe ser entrenado para identificar a los jóvenes que han intentado cometer suicidio, que a menudo son vistos de mala manera por el personal del servicio de emergencias. Los niños y adolescentes suicidas deben ser tratados con la misma atención y respeto que cualquier otro paciente, evitando culparlos por haber puesto en peligro su vida, o hacer intentos bien intencionados de animarlos mientras se desestima la gravedad

de su situación. Antes del alta, es esencial preparar un plan para hacer frente a la crisis, asegurándose de que el contacto de apoyo (p.ej., el teléfono) esté disponible las 24 horas del día. Los “pasos a seguir” del plan de contingencia van a depender de la intensidad de la crisis emocional y deben ser diseñados en conjunto con el paciente y sus cuidadores (Departamento de Salud de NSW 2004a). Antes de dar el alta a un paciente suicida en un servicio de emergencias o un centro de crisis, siempre es necesario (AACAP, 2001):

- Educar al paciente y a su familia sobre los efectos desinhibidores de las drogas o el alcohol
- Comprobar que armas de fuego, medicamentos y sustancias letales están en un lugar seguro y fuera de alcance
- Asegurarse de que hay una persona que puede ofrecer apoyo en el hogar
- Comprobar que se ha programado una cita de seguimiento (ver Tabla E.4.12).

Además, puede ser útil establecer un contrato de no suicidio (formulado como un compromiso por parte del paciente y no como un seguro para el profesional de salud mental, ya que no existe evidencia empírica de que los contratos de no suicidio sean efectivos). Un contrato de no suicidio generalmente incluye (1) la confirmación de que el paciente no debe poner en peligro su vida durante un período corto definido (p.ej., hasta el día siguiente, hasta la próxima sesión con el terapeuta); (2) un compromiso por parte del paciente de adherirse a la terapia; y (3) el compromiso del paciente de cumplir con el plan de contingencia.

El manejo de la suicidalidad en niños y adolescentes requiere una comunicación clara con el niño o adolescente y su familia. Esto también es válido para el contacto con la escuela, que siempre debe intentarse, después de obtener la autorización del niño o adolescente y su familia.

Mensajes importantes a los niños y adolescentes suicidas, sus padres y educadores

Es esencial que los profesionales inspiren confianza y den la impresión de que están familiarizados con este tipo de problemas y tienen controlada la situación, evitando crear drama innecesariamente, pero tranquilizando, reasegurando y calmando a todos los involucrados. Sin embargo, hay que tener cuidado en no engañar a los pacientes o prometer cosas que uno no puede cumplir.

Mensajes a los niños y adolescentes suicidas:

- Mi principal preocupación es tu seguridad y trataré de asegurarla de la mejor forma que pueda
- Tu tratamiento se mantendrá confidencial a menos que tú des permiso para consultarlo con otros profesionales o que exista un riesgo inmediato para tu vida o la vida de otras personas
- Muchos niños y adolescentes piensan sobre la muerte o el suicidio y algunos tratan de quitarse la vida en algún momento
- Casi todas las decisiones que tomas pueden ser cambiadas. Sin embargo, la muerte es definitiva e irrevocable. Vale la pena tomar suficiente tiempo para considerar las ventajas y desventajas
- Nos gustaría saber más sobre ti. Juntos podemos llegar a entender las circunstancias que provocaron en esta crisis

- Todos los niños y adolescentes suicidas que he conocido tenían razones para sus ideas autodestructivas, pero en la mayoría de los casos sus razones cambiaron con el tiempo
- Estoy seguro de que juntos podemos encontrar una manera de salir de tu situación – incluso si esto te parece fuera de tu alcance en este momento
- Como primer paso trataremos de formular un plan de contingencia contigo y tus padres.

Mensajes a los padres y cuidadores:

- Los pensamientos y los intentos de suicidio no son infrecuentes en niños y adolescentes. En la mayoría de los casos se trata de una crisis aguda que se supera en un corto período de tiempo. Estamos familiarizados con el manejo de las crisis suicidas y vamos a discutir francamente cada paso con ustedes
- Como con todos los tratamientos médicos, estamos obligados a mantener confidencialidad. Durante el tratamiento puede ser útil establecer contacto con otros profesionales (p.ej., educadores, psicólogos). Sin embargo, el contacto sólo se establecerá con el consentimiento de su hijo o si hay un riesgo inmediato para la vida de su hijo
- La prioridad es garantizar la seguridad de su hijo. Es necesaria una estrecha supervisión hasta que podamos estimar el riesgo de suicidio. Dependiendo del riesgo estimado, después de consultarle a usted y a su hijo, decidiremos las opciones de tratamiento
- Como primer paso, formularemos un plan de contingencia para usted, su hijo y nosotros
- El tratamiento del comportamiento suicida sólo es eficaz si hay una estrecha cooperación entre usted, su hijo y el equipo de tratamiento.

Los padres deben recibir información específica sobre el contexto y las opciones terapéuticas para el tratamiento de su hijo. Deben tener la oportunidad de expresar sus opiniones y sentimientos. Se debe ofrecer contacto no programado (por teléfono o cara a cara) para tratar con el comportamiento suicida o si tienen preguntas preocupantes o quejas sobre el manejo.

Mensajes a los educadores y el personal de la escuela:

- Cuando el niño o adolescente suicida regrese a la escuela, ya se habrá hecho una estimación exhaustiva del riesgo que habrá concluido que está lo suficientemente estable para participar en las actividades escolares
- Se habrá elaborado un plan de contingencia para hacer frente a los posibles problemas. Esto incluye consejos específicos sobre lo que el personal de la escuela puede hacer y a quién contactar en caso de preocupación por el estudiante
- Debido a que la escuela es una parte importante de la vida de un niño o adolescente, los educadores y el personal de la escuela pueden ayudar a los estudiantes a adaptarse después de una crisis suicida. Se analizarán estrategias específicas con el personal escolar, la familia y los profesionales de la salud
- Los educadores deben hablar regularmente con el estudiante y los padres para hacer un seguimiento de su progreso

- La suicidalidad es un fenómeno dinámico más que estático. Por lo tanto, los estudiantes pueden experimentar una crisis nuevamente. Los educadores deben sentirse libres de hablar abiertamente con el niño o adolescente si tienen dudas de que pueden estar empeorando. Evite discutir o dar consejos precipitados, sino contacte al profesional que lo atiende
- Las estrategias generales en caso de crisis suicida incluyen:
 - No dejar solo al estudiante suicida ni siquiera por un período corto de tiempo; escoltar al estudiante a un lugar seguro, lejos de los otros estudiantes
 - Preguntar si están en posesión de objetos potencialmente peligrosos o medicamentos. Si los estudiantes tienen objetos peligrosos, tratar de persuadirlos para que los entreguen, pero sin forzarlos físicamente
 - Si un estudiante tiene objetos peligrosos, habla claramente de suicidarse o está agitado, llamar a una ambulancia, a la policía y a los padres del estudiante
 - Si el estudiante coopera, informar a los padres y pedirles que recojan a su hijo
 - Informar al estudiante y a sus padres que es necesario contactar al servicio de salud mental del paciente para informarles de la situación
- El personal de la escuela debe registrar todas las acciones realizadas.

Hospitalización

No todas las personas en riesgo de suicidio pueden o deben ser admitidas a un hospital. La hospitalización puede no ser beneficiosa e incluso aumentar el riesgo en algunas personas. Hay muchos factores involucrados en la decisión de hospitalizar a un paciente – disponibilidad de recursos, disponibilidad de camas en el hospital, y las redes de apoyo informal y tradiciones culturales pueden jugar un papel – y no hay reglas absolutas, pero esa decisión debe tomarse basándose en razones clínicas, y se debe involucrar al paciente y su familia. En caso de duda, se debe consultar con un colega. En general, la hospitalización puede ser necesaria si:

- El riesgo de suicidio es alto, particularmente si no hay formas alternativas para garantizar la seguridad del paciente
- Recientemente el paciente hizo un intento de suicidio que requirió atención médica aguda
- No es posible estimar con confianza el riesgo de suicidio.

Si se requiere hospitalización, idealmente el tratamiento debería tener lugar en una sala de psiquiatría infantil segura. Si esto no es posible – p.ej., se necesitan cuidados médicos o quirúrgicos – debe asegurarse una estrecha supervisión del paciente. Cuando la suicidalidad aguda se presenta con alta agitación se debe considerar tratamiento farmacológico a corto plazo (p.ej., benzodiazepinas, neurolépticos). El tratamiento hospitalario puede salvar la vida del paciente, proporcionar alivio de los estresores agudos y demandas abrumadoras, y puede permitirle recuperar gradualmente el control de su vida, así como también iniciar el tratamiento de enfermedades psiquiátricas concurrentes.

Las unidades de hospitalización que tratan pacientes suicidas, deben tener protocolos para garantizar su seguridad. Esto incluye registrar al paciente en el



World Health Organization

La Organización Mundial de la Salud tiene guías de gran ayuda para la prevención del suicidio, dirigidas a:

- Médicos y profesionales de salud
- Educadores y personal escolar
- Profesionales de medios de comunicación

momento de la admisión buscando objetos peligrosos, y registros posteriores si hay sospechas de que puede haber obtenido objetos dañinos. Se debe prestar especial atención al entorno físico (p.ej., puntos en los que se puede colgar algo, áreas sin visibilidad, salidas, diseño de ventanas, almacenamiento de sustancias tóxicas). En el Servicio de Salud Mental de NSW (2004b) se puede encontrar una “lista de verificación de acceso a métodos de suicidio y autolesión deliberada”.

Principios generales en el manejo de la suicidalidad

El manejo debe ser adaptado individualmente para abordar los factores de riesgo específicos al paciente. El tratamiento no debe limitarse solo a intervenciones psicofarmacológicas o psicoterapéuticas específicas, debe ser un plan de tratamiento integral que incluye otras estrategias para aliviar los factores de estrés agudo. Esto dependerá en gran medida de los servicios disponibles. En países de bajos ingresos,

Tabla E.4.13 Prevenir el suicidio: sugerencias para los educadores y el personal escolar (OMS, 2000; p16)

El suicidio no es un acontecimiento inesperado: los estudiantes suicidas dan indicaciones de ello y oportunidades para intervenir a las personas alrededor. Cuando se trata de prevenir el suicidio, los educadores y demás personal escolar se enfrentan un reto de gran importancia estratégica en el cual es fundamental:

- Identificar a estudiantes con cambios en la personalidad y ofrecerles apoyo psicológico
- Forjar vínculos más estrechos con los jóvenes, hablando con ellos y tratando de entenderlos y ayudarles
- Aliviar el malestar psicológico
- Observar y entrenarse en la identificación temprana de rasgos que sugieren peligro de suicidio, ya sea a través de comunicaciones verbales o cambios en el comportamiento
- Ayudar en su trabajo escolar a estudiantes con menos habilidades, notar el absentismo escolar
- Desestigmatizar la enfermedad mental y ayudar a eliminar el consumo de alcohol y drogas; derivar a los estudiantes con estos problemas a un tratamiento para sus trastornos psiquiátricos y para el consumo de alcohol y drogas
- Restringir el acceso de los estudiantes a métodos de suicidio: sustancias tóxicas y letales, plaguicidas, armas de fuego y otras armas, etc.
- Proporcionar a los maestros y demás personal escolar acceso inmediato a medios para aliviar estrés en el trabajo.

Tabla E.4.14 Prevenir el suicidio: sugerencias para profesionales de medios de comunicación (OMS, 2008; p3)

- Aprovechar la oportunidad para educar al público sobre el suicidio
- Evitar un lenguaje sensacionalista, que normaliza el suicidio o que lo presenta como una solución a los problemas
- Evitar colocar las noticias en un lugar prominente y repetir sin necesidad historias sobre suicidio
- Evitar la descripción explícita del método utilizado en un intento de suicidio o un suicidio completado
- Evitar proporcionar información detallada sobre el lugar de un intento de suicidio o un suicidio completado
- Redactar los titulares cuidadosamente evitando el sensacionalismo
- Tener cuidado al usar fotografías o imágenes de video
- Tener especial cuidado al informar de suicidios de celebridades
- Reconocer que los profesionales de los medios de comunicación también pueden ser afectados por las historias sobre suicidios
- Mostrar la debida consideración por las personas que han perdido la vida por suicidio
- Informar dónde se puede buscar ayuda.

este manejo integral puede ser poco realista. Sin embargo, en la mayoría de los lugares, apoyos informales pueden ser organizados de manera que se garantice la seguridad de los pacientes, por ejemplo, solicitando el apoyo de la familia extendida, de los ancianos de la comunidad y de figuras religiosas. Estos principios incluyen:

- Estrategias para mejorar la adherencia al tratamiento (p.ej., ofrecer intervenciones breves que sean aceptables para los jóvenes; a veces centrarse en dar apoyo es más eficaz que una psicoterapia orientada a entender el problema)
- Participación activa del paciente y de los padres en la planificación e implementación del tratamiento
- Proteger al paciente si hay desgracias o infortunios importantes que amenazan la salud mental o física del paciente
- Ofrecer apoyo a la familia (p.ej., en caso de conflicto de pareja, problemas derivados de un divorcio, enfermedad mental de los padres, malas prácticas de parentalidad, consumo de sustancias de los padres)
- Solicitar apoyo de las agencias de bienestar infantil si es necesario
- Organizar el ambiente para aliviar las demandas excesivas (p.ej., exigencias escolares que exceden la capacidad actual del paciente)
- Tratar los trastornos psiquiátricos subyacentes
- Monitorización regular de la recurrencia de la conducta suicida
- Un plan de emergencia para las crisis suicidas agudas
- Ofrecer sesiones de tratamiento flexibles; horario y frecuencia adaptados a las necesidades del paciente
- Establecer una comunicación efectiva entre todos los profesionales involucrados (trabajador social, psicoterapeuta, psiquiatra infantil, pediatra).

Intervenciones psicosociales

Estas intervenciones consisten en:

- *Intervenciones para fomentar la búsqueda de ayuda y mejorar el seguimiento.* Dada la baja adherencia al tratamiento en los niños y adolescentes que han intentado suicidarse, estas intervenciones son de gran importancia: motivar a los pacientes y a sus padres a continuar el tratamiento, proporcionando psicoeducación cuando consultan en el servicio de emergencias. Además, se puede fomentar la adherencia contactando las familias inmediatamente después de ser dados de alta (revisión de Luxton et al, 2013).
- *Organizar apoyo para el niño o adolescente suicida,* p.ej., a través de trabajadores sociales que asisten en el cuidado posterior del paciente. Otros enfoques requieren identificar y capacitar a personas en el ambiente del paciente que pueden dar apoyo (padres, miembros de la familia extensa, personas en la escuela o ministros de religión).
- *Estrategias para mejorar la relación padre/madre-hijo.* Éstas incluyen la resolución de problemas dentro de la familia, y mejorar las habilidades de parentalidad y comunicación.
- *Terapia Cognitivo Conductual (TCC)*
- *Terapia Multisistémica (TMS)*

¿SE PUEDE PREDECIR EL SUICIDIO?

Dos metanálisis pueden ayudar a aclarar este problema. Large et al (2016) revisaron estudios longitudinales de cohortes de pacientes psiquiátricos o personas con intentos de suicidio estratificados en grupos de alto y bajo riesgo para el suicidio. Después de un seguimiento medio de seis años, el 5,5% de los participantes en el grupo de alto riesgo frente al 1% de los del grupo de bajo riesgo se habían suicidado. Sin embargo, la precisión de la predicción fue baja y la combinación de múltiples factores de riesgo para el suicidio no excedió sustancialmente el poder predictivo de los factores de riesgo individuales.

Chan et al (2016) examinaron estudios prospectivos sobre factores de riesgo y escalas de evaluación para predecir el suicidio después de una autolesión. De nuevo, la predicción fue baja y los factores de riesgo estadísticamente significativos (autolesiones repetidas, intención suicida, género masculino, problemas de salud física) son comunes en poblaciones clínicas y no específicos para tendencias suicidas.

Se puede concluir que no existen estrategias estadísticas fiables que permitan una predicción precisa del suicidio. En la práctica clínica, una categorización de alto o bajo riesgo de suicidio basada en escalas puede ser engañosa y no puede recomendarse. Es indispensable una evaluación clínica exhaustiva del paciente que cubra los riesgos y las necesidades individuales.

- *Terapia Dialéctica Conductual (DBT, por sus siglas en inglés)* (ver Capítulo H.4). Originalmente desarrollada para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad, ha sido adaptada para adolescentes con conducta suicida. La DBT consiste en entrenar en “mindfulness”, desarrollar habilidades interpersonales, regular mejor las emociones y mejorar la tolerancia del estrés.

Los tratamientos que parecen ser más eficaces para el comportamiento suicida comparten una serie de elementos comunes: el uso de intervenciones exploratorias para comprender el comportamiento suicida e intervenciones orientadas al cambio para alentar comportamientos positivos y desalentar los negativos.

Datos empíricos sobre la eficacia de las intervenciones son escasos y en la actualidad no se puede recomendar una intervención sobre otra (Robinson et al, 2011; Turecki & Brent, 2016). Con respecto a la participación en la terapia, los tratamientos psicológicos específicos parecen no ser superiores al tratamiento habitual (Ougrin & Latif, 2011). La DBT es probablemente la psicoterapia más estudiada para el comportamiento suicida recurrente. Se ha demostrado que la DBT reduce la recurrencia del comportamiento suicida en comparación con el tratamiento habitual, con diferencias más modestas si se le compara con la atención comunitaria por parte de especialistas (Revisión Cochrane de Stoffers et al, 2013). Sin embargo, con respecto a reducir la recaída del comportamiento suicida, se observan mayores tamaños de efecto en los adultos que en los adolescentes, y en el tratamiento individual comparado con el grupal, cuando el suicidio es un foco explícito del tratamiento (Turecki & Brent 2016). En el caso de adolescentes, un metanálisis de estudios que abordaron el daño autoinfligido encontró que las intervenciones tenían un mayor efecto que el tratamiento habitual; las intervenciones más prometedoras fueron la TCC, la DBT y la terapia familiar. Las intervenciones más exitosas tenían al menos un componente familiar y eran administradas en sesiones múltiples (Ougrin et al, 2015).

Tabla E.4.15 Funciones hipotéticas de las autolesiones no suicidas y su respaldo por la evidencia empírica.*

Función	Descripción	Evidencia
Regulación afectiva	Para disminuir el afecto negativo agudo o la excitación afectiva aversiva	Fuerte
Anti-disociación	Para eliminar los sentimientos de despersonalización u otros estados disociativos	Modesta
Anti-suicidio	Para reemplazar, comprometerse con, o evitar los intentos de suicidio	Modesta
Límites interpersonales	Para afirmar la propia autonomía o hacer una distinción entre el yo y los demás	Modesta
Influencia interpersonal	Para buscar ayuda de los demás, o para manipular a los demás	Modesta
Autocastigo	Para castigarse a uno mismo o para expresar ira contra sí mismo	Fuerte
Búsqueda de sensaciones	Para generar excitación	Modesta

*Klonsky (2007)

Tabla E.4.16 Análisis funcional de las consecuencias de una autolesión no suicida*

	Intrapersonal	Interpersonal
Refuerzo positivo	<ul style="list-style-type: none"> · Para castigarse a sí mismo · Para sentirse relajado 	<ul style="list-style-type: none"> · Para obtener atención o ayuda por parte de otras personas significativas · Para enfadar a otros, castigarlos o ejercer control sobre ellos
Refuerzo negativo	<ul style="list-style-type: none"> · Para distraerse de pensamientos y sentimientos negativos (regulación afectiva) · Para sentir algo, incluso si es dolor (anti-disociación) · Las lesiones pueden prevenir que se realicen autolesiones graves (anti-suicida) 	<ul style="list-style-type: none"> · Para evitar hacer algo desagradable (esto debe diferenciarse de la simulación)

*Nock & Prinstein (2004)

Tratamiento psicofarmacológico

No existen medicamentos específicos para la suicidalidad. Sin embargo, los fármacos pueden ser necesarios para tratar trastornos psiquiátricos subyacentes. El riesgo de suicidio con el uso de ISRSs ha sido ampliamente debatido (ver Capítulos A.8 y E.1). La implicación es que los adolescentes deprimidos que son tratados con medicamentos y sus familias necesitan conocer este riesgo y saber qué hacer si surge la conducta suicida. Estos casos necesitan un seguimiento cuidadoso. Para más detalles respecto al tratamiento del suicidio revise el estudio de Wasserman y colaboradores (2012).

Problemas y riesgos del tratamiento

Pueden presentarse obstáculos y problemas en el manejo de niños y adolescentes suicidas si:

- No existe suficiente colaboración o comunicación entre las agencias y las personas involucradas
- No se obtiene información colateral
- No se tratan las enfermedades comórbidas
- Se ignoran las demandas y estresores
- La conducta suicida es etiquetada falsamente como manipulación o como algo no grave
- Se acepta sin críticas la minimización del paciente (p.ej., “Estoy bien”, “No tengo ningún problema”)
- Hay demasiado foco en la terapia, sobrecargando al paciente
- Las estrategias de confrontación son demasiado duras
- No hay suficiente validación del problema del paciente
- Se usan excesivamente los clichés
- El abandono del tratamiento o la no adherencia se acepta sin escrutinio
- Se ignoran signos de riesgo suicida
- No se monitoriza la suicidalidad durante la evolución del tratamiento



- Al final del tratamiento se pasa por alto la dependencia del paciente a su terapeuta
- Los terapeutas descuidan su propia supervisión.

PREVENCIÓN

El Programa de Prevención del Suicidio de la Organización Mundial de la Salud (SUPRE, por sus siglas en inglés) pone énfasis en reducir la mortalidad, morbilidad y otras consecuencias de las conductas suicidas:

- Minimizando el acceso a los métodos de suicidio (p.ej., sustancias tóxicas, armas de fuego)
- Por medio de una identificación temprana y tratamiento de los trastornos mentales, y
- Reportando responsablemente los suicidios por parte de los medios de comunicación.

Los factores de riesgo son universales, pero su naturaleza e importancia relativa difieren de región a región. La OMS está llevando a cabo [programas de prevención del suicidio](#) que tienen en cuenta aspectos específicos de la cultura. Por ejemplo, mejorar la identificación y el tratamiento temprano de los trastornos mentales puede ser más importante en países de bajos ingresos que en los de altos ingresos; controlar el acceso a las armas de fuego puede ser más importante en Norteamérica que en Europa Occidental, donde la construcción de barreras físicas (p.ej., en puentes y rieles de tren) para dificultar que personas salten puede ser más relevante. Restringir el acceso a plaguicidas, y psicoeducar sobre sus efectos es especialmente importante en zonas rurales en países de ingresos bajos y medios. Reducir el consumo dañino de alcohol es una preocupación mayor en Europa Occidental y Oriental, pero es de menor importancia en el Medio Oriente. También son necesarios programas que abordan las desventajas de las personas pertenecientes a minorías indígenas (p.ej., aborígenes en Australia, maoris en Nueva Zelanda, indios en los EEUU, e inuits en Canadá y Groenlandia).

Sugerencias para las escuelas y profesionales de los medios de comunicación se resumen en las Tablas E.4.13 y E.4.14. Para una vista general de las estrategias preventivas, véase la Figura E.4.6.

El novio de una joven de 16 años la llamó por teléfono para cancelar la cita que tenían planeada para esa noche; él quería asistir a una reunión con sus compañeros de fútbol (antecedente). Ella aceptó el cambio inicialmente pero después se sintió dolida y comenzó a tener pensamientos negativos (“él no me ama”, “me va a dejar”, “no me encuentra atractiva, ni él ni nadie...”). La joven se sintió cada vez más desesperada, enojada consigo misma; comenzó a sentir el deseo de cortarse. Finalmente, comenzó a cortar superficialmente sus brazos con una cuchilla de afeitar, viendo correr la sangre de sus heridas (reacciones cognitivas, emocionales y conductuales). Se sentía aliviada cuando veía cómo sangraban sus brazos (consecuencia reforzante). Cuando su novio se enteró de lo que había sucedido, se disculpó y la consoló (consecuencia reforzante), y le prometió no volver a hacer algo similar (consecuencia reforzante). Junto a su terapeuta, ella exploró formas alternativas de hacer frente a esta situación: planificar las citas con más cuidado; expresar su decepción y sus deseos en lugar de aceptar silenciosamente; analizar interpretaciones alternativas de la conducta de su novio en lugar de devaluarse a sí misma; buscar actividades alternativas para la noche; considerar las consecuencias a largo plazo de las autolesiones (p.ej., cicatrices); recompensarse a sí misma por las conductas alternativas.

La evidencia empírica de la eficacia de las intervenciones preventivas en el suicidio es escasa pero ha aumentado significativamente durante la última década (Katz et al, 2013; Zalsman et al, 2016; AACAP, 2001). Se han estudiado las siguientes estrategias en estudios de intervención:

- Restringir el acceso a medios letales, p.ej., armas de fuego, analgésicos, o lugares populares de suicidarse saltando de un lugar alto (eficaz y recomendado)
- Tratamientos farmacológicos y psicológicos para la depresión (eficaz y recomendado; se ha demostrado el efecto antisuicida de la clozapina y el litio en adultos)
- Búsqueda directa de casos entre estudiantes o entre los pacientes de atención primaria, mediante la detección de condiciones que ponen a los adolescentes en riesgo de suicidio (datos inconsistentes de su eficacia pero recomendado)
- Acuerdos con los medios de comunicación para minimizar la imitación del suicidio (datos inconsistentes de su eficacia pero recomendado)
- Programas educativos basados en la escuela (pueden reducir los intentos de suicidio; sin embargo, también existen datos que muestran que la identificación indirecta de casos, por ejemplo, por medio de psicoeducación de la población general – profesores, padres, pares – para detectar señales de alerta, también puede aumentar los suicidios)
- Formación de profesionales en la identificación de casos, psicoeducación a los médicos, apoyo de líneas de ayuda e Internet (datos inconsistentes de su eficacia pero recomendado)

AUTOLESIÓN NO SUICIDA

Esta sección aborda la autolesión no suicida (ANS) en pacientes emocionalmente inestables que actúan por su malestar interno. Sin embargo, conductas de autolesión también ocurren en otros trastornos psiquiátricos, como la psicosis, la discapacidad intelectual, los trastornos del espectro del autismo y la privación grave. Para el manejo de las autolesiones en estos trastornos, consulte el capítulo correspondiente al trastorno en este manual. Además de ser peligrosas por sí mismas, las autolesiones no suicidas pueden ser un factor de riesgo para una conducta suicida en el futuro.

Las autolesiones no suicidas incluyen principalmente lesiones cutáneas (p.ej., cortar o tallar la piel; rascar una herida; raspar, borrar con goma o pinchar la piel hasta hacerla sangrar; morderse a sí mismo; insertar objetos bajo la piel; tatuarse a uno mismo; quemar o congelar la piel; arrancarse pelos; golpearse a uno mismo). La ingestión de objetos afilados o no comestibles, y el autoenvenenamiento no suicida también ocurren. En general, negarse a tomar los medicamentos prescritos en caso de una enfermedad grave, o conductas de riesgo que son síntomas de un trastorno psiquiátrico específico, no se consideran ANS (p.ej., negarse a comer en el caso de anorexia nerviosa, la automutilación en el contexto de una psicosis, las conductas autoagresivas en la discapacidad intelectual). La relación entre la automutilación sancionada culturalmente (p.ej., en la escena gótica en

algunas sociedades occidentales, en rituales de iniciación) y las ANS aún no se sabe completamente.

Epidemiología

Las autolesiones no suicidas deliberadas son muy frecuentes en los países de ingresos altos. La prevalencia de estas conductas durante la vida es de un 5,5% a un 17% en muestras comunitarias (en adolescentes y adultos, respectivamente) y de un 50% en muestras clínicas (metanálisis de Fox et al, 2015). Aunque existe poca evidencia de la prevalencia de las ANS antes del año 2000, las tasas de prevalencia han sido bastante estables en las publicaciones de países en desarrollo durante los últimos 15 años cuando se controla por las diferencias metodológicas (revisión de Brown & Plener, 2017). La prevalencia es más alta en la adolescencia tardía que en la adolescencia temprana o en la infancia. La edad pico de inicio es la adolescencia temprana, entre los 12 y los 14 años de edad.

Factores de riesgo

En adolescentes, las ANS se asocian a una alta morbilidad psiquiátrica, especialmente trastornos del estado de ánimo, trastornos por consumo de sustancias y trastornos externalizantes (Nitkowski & Petermann, 2011). Información sobre la morbilidad psiquiátrica es limitada debido a que en su mayoría se basan en muestras clínicas. Según un metanálisis respecto a los factores de riesgo específicos de las ANS, antecedentes previos de ANS, trastornos de la personalidad del grupo B y desesperanza obtuvieron los valores predictivos más altos (odds ratio > 3) (Fox et al, 2015). Sin embargo, estos resultados deben interpretarse con cuidado ya que aún no existe una medida estandarizada de las ANS.

Además de la psicopatología, otros factores de riesgo asociados a las ANS son los antecedentes de abuso físico o sexual, los eventos vitales negativos, y síntomas asociados a menudo con la morbilidad psiquiátrica (p.ej., depresión, disociación, ansiedad, alexitimia, hostilidad, baja autoestima, comportamiento antisocial, tabaquismo, reactividad emocional, dificultades en la regulación emocional) (para revisiones ver Bresin & Schoenleber, 2015; Brunstein Klomek et al, 2016; Rasmussen et al, 2016; Jacobson & Gould, 2007). Los eventos vitales estresantes a menudo involucran conflictos interpersonales, pérdidas, conflictos familiares, dificultades con las amistades, problemas en relaciones románticas y problemas escolares (de Kloet et al, 2011).

Jacobson y colaboradores (2008), en una revisión de historias clínicas, compararon cuatro grupos de pacientes adolescentes ambulatorios: (1) sin ANS, (2) sólo con ANS, (3) con un intento de suicidio, y (4) con un intento e suicidio y ANS. Ellos observaron que los pacientes con ANS tenían tasas similares de ideación suicida que aquellos sin autolesiones deliberadas, respaldando la validez de la distinción entre los intentos de suicidio y las ANS. Otros resultados indican las siguientes conclusiones adicionales (Jacobson & Gould, 2007):

- La depresión no parece ser un factor de riesgo específico para la ANS (en comparación con el intento de suicidio)
- La co-ocurrencia de las ANS y los intentos de suicidio apunta a una psicopatología más grave
- Todos los factores de riesgo encontrados empíricamente para las ANS no son específicos; también son factores de riesgo para la conducta suicida

- La conducta suicida y las ANS están relacionadas: involucrarse en una conducta suicida aumenta la probabilidad de ANS (Lofthouse & Yager-Schweller, 2009).

La Tabla E.4.15 resume las diferentes funciones psicológicas que puede satisfacer las ANS. Según una revisión realizada por Klonsky (2007), todos estos modelos están al menos respaldados moderadamente por evidencia empírica. La teoría de aprendizaje operante proporciona un marco teórico para analizar la conducta de ANS, que se resume en la Tabla E.4.16 (Nock & Prinstein, 2004). La conducta de autolesión tiene aspectos de refuerzo positivo y negativo, y satisface funciones tanto intrapersonales como interpersonales (sociales).

Evolución clínica

La mayoría de las ANS en adolescentes se resuelven espontáneamente cuando se convierten en adultos jóvenes. Una serie de encuestas que siguieron a 1800 adolescentes de entre 14 y 15 años de edad encontraron que, aproximadamente uno de cada diez se había autoinfligido daño (Moran et al, 2011). El daño autoinfligido era más frecuente en las niñas, y el método más común eran los cortes y quemaduras. Sin embargo, la autolesión disminuyó significativamente a la edad de 17 años, donde nueve de cada diez de aquellos que informaron inicialmente que se autolesionaban, no lo hacían en la edad adulta. Era más probable que la autolesión persistiera en las mujeres y se asociaba con depresión y ansiedad, comportamiento antisocial, consumo de alcohol de alto riesgo, consumo de cannabis y tabaquismo.

Evaluación

Todos los niños y adolescentes que se autolesionan deben ser evaluados por el riesgo de reincidencia y el riesgo de suicidio. Según la guía de recomendaciones del NICE (2011), la evaluación debe tener en cuenta:

- Los métodos y la frecuencia de las autolesiones actuales y pasadas
- Los intentos suicidas actuales y pasados
- Los síntomas depresivos y su relación con las autolesiones
- Los trastornos psiquiátricos y su relación con las autolesiones
- El contexto personal y social, y cualquier otro factor específico que preceda a la autolesión, como los estados afectivos desagradables específicos o emociones y los cambios en las relaciones
- Los factores de riesgo y factores protectores específicos (sociales, psicológicos, farmacológicos y motivacionales) que pueden aumentar o disminuir los riesgos asociados a la autolesión
- Las estrategias de afrontamiento que la persona ha utilizado con éxito para limitar o evitar la autolesión, o para contener el impacto de los factores personales, sociales o de otro tipo, que preceden a los episodios de autolesión
- Las relaciones significativas que pueden ser de apoyo o representar una amenaza (como abuso o negligencia) y pueden conducir a cambios en el nivel de riesgo
- Los riesgos inmediatos y a largo plazo.

Los padres y otros cuidadores importantes deben ser incluidos en la evaluación. La evaluación individual es esencial y debe tener en cuenta las necesidades psicológicas satisfechas por la autolesión (descritas en la Tabla E.4.15); en cada paciente individual puede predominar una o más de una de ellas (ver

también Bresin & Gordon, 2013). El uso de herramientas y escalas de evaluación de riesgo, para predecir el suicidio futuro o la reincidencia de la autolesión no está recomendado por la guía NICE.

Tratamiento

Para obtener información más detallada, consulte la guía clínica del NICE (NICE, 2013). Esta guía de estándares de calidad incluye tanto el manejo inicial de las ANS como la provisión de apoyo a largo plazo para niños y adolescentes (de 8 a 18 años) que se infligen daño a sí mismos. Además, describe atención de alta calidad en las áreas en que es prioritario mejorar.

La hospitalización es necesaria si:

- La ANS coexiste con un alto riesgo suicida
- La ANS coexiste con trastornos comórbidos graves, que requieren hospitalización
- La ANS pone en grave peligro la salud física o el funcionamiento social del paciente (p.ej., se necesitan repetidas cirugías, la conducta autolesiva se presenta en la escuela)
- El tratamiento ambulatorio no ha tenido éxito
- No es posible realizar una evaluación fiable en un contexto ambulatorio.

Los pacientes que se dañan gravemente a sí mismos pueden necesitar la misma estrecha supervisión que pacientes con alto o moderado riesgo de suicidio. Siguiendo la guía clínica de NICE (2011), el tratamiento a largo plazo de la autolesión involucra la *psicoeducación* de los pacientes y sus familias. Los objetivos del tratamiento pueden incluir:

- Prevenir que las autolesiones escalen
- Reducir el daño causado por la autolesión
- Reducir o detener la autolesión
- Reducir o detener otras conductas de riesgo relacionadas
- Mejorar el funcionamiento social o laboral
- Mejorar la calidad de vida
- Mejorar cualquier trastorno de salud mental asociado.

Debe elaborarse un plan de manejo de riesgos que cubra las estrategias para hacer frente a los riesgos identificados (psicológicos, farmacológicos, sociales e interpersonales). Este plan debe incluir estrategias de automanejo y formas de acceder a los servicios y recibir apoyo durante una crisis cuando las estrategias de automanejo fracasan.

La guía NICE también recomienda considerar *intervenciones psicológicas a corto plazo* dirigidas específicamente a la autolesión. Estas intervenciones pueden incluir elementos cognitivo conductuales, psicodinámicos o de resolución de problemas – los terapeutas deben ser entrenados específicamente en el tratamiento que utilizan para el manejo de la autolesión. Las estrategias pueden incluir intervenciones ya descritas anteriormente en la sección sobre el manejo del comportamiento suicida. El tratamiento individual debe basarse en un análisis funcional de la conducta autolesiva que tenga en cuenta (1) los antecedentes, (2) el tipo de conducta autolesiva y las cogniciones, emociones y sensaciones asociadas, y (3) las consecuencias de la autolesión, principalmente en términos de las necesidades psicológicas satisfechas por la autolesión, descritas en la Tabla E.4.15.

Los comportamientos alternativos que pueden ser de utilidad para reemplazar la autolesión incluyen:

- *Necesidad de autoagresión baja: actividades de distracción* como por ejemplo, jugar con una mascota, escuchar música y cantar, leer, escribir, pintar, llamar a un amigo, contar las respiraciones, tomar un baño caliente, salir a caminar para estar cerca de otras personas, usar técnicas de meditación o de relajación, escuchar o ver un vídeo de comedia, repetir 5 cosas que uno ve, huele, toca, gusta en el ambiente.
- *Necesidad de autoagresión media: conductas altamente activantes, estimulación sensorial alta o estimulación dolorosa no dañina baja*, como por ejemplo, comer un limón, chocar una banda elástica contra la muñeca, correr, andar en bicicleta, hacer sentadillas, golpear la almohada, bailar, utilizar un rotulador rojo para marcar las regiones de la piel donde normalmente ocurrían los cortes, apretar una bola de estrés, hacer ruido, gritar en una almohada, desgarrar papel (viejas libretas telefónicas, periódicos).
- *Alta necesidad de autoagresión: estimulación dolorosa no dañina moderada*, por ejemplo, mascar un pimiento jalapeño, tomar una ducha muy fría, poner las manos en agua congelada, caminar con guisantes secos en los zapatos, frotar hielo en la piel donde normalmente ocurrían los cortes.

En casos graves, se deben dar consejos sobre técnicas de *limitación de daño* (usar una cuchilla limpia y afilada, evitar cortar en áreas cerca de venas y arterias, no compartir con otros los instrumentos usados para la autolesión, asegurar protección contra el tétanos, tener acceso a primeros auxilios y un conocimiento básico de atención médica, evitar el consumo de alcohol y drogas en conjunto con la autolesión).

A pesar de resultados alentadores de estudios piloto, la evidencia empírica de la eficacia de las intervenciones psicosociales, incluida la terapia conductual dialéctica, en el tratamiento de la conducta autolesiva en adolescentes sigue siendo insuficiente (Wilkinson y Goodyer, 2011). Tampoco existe evidencia que respalde el uso de medicamentos para reducir las autoagresiones, aunque los medicamentos pueden ser apropiados para tratar los trastornos comórbidos.



Ophelia (detalle), Sir John Everett Millais, 1851-52 (Tate Britain, Londres)

- ¿Tiene preguntas o dudas?
- ¿Quiere hacer algún comentario?

Haga clic en este ícono para ir a la página de Facebook del Manual y compartir su visión respecto al capítulo con otros lectores, hacer preguntas a los autores o editor, o realizar comentarios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AACAP, Academia Americana de Psiquiatría del Niño y el Adolescente (2001). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behavior. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40 (sup): 24S-51S.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th edition; DSM-5)*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Bannink R, Broeren S, van de Looij-Jansen PM (2014). Cyber and traditional bullying victimization as a risk factor for mental health problems and suicidal ideation in adolescents. *PLoS One*, 9(4): e94026.
- Bertolote JM, Fleischman A (2009). A global perspective on the magnitude of suicide mortality. In D Wasserman & C Wasserman (eds) *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention. A Global Perspective*, New York: Oxford University Press, pp91-98.
- Björkenstam C, Kosidou K, Björkenstam E (2017). Childhood adversity and risk of suicide: cohort study of 548721 adolescents and young adults in Sweden. *British Medical Journal*, 357:j1334 <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.j1334>.
- Bresin K, Schoenleber M (2015). Gender differences in the prevalence of nonsuicidal self-injury: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 38:55-64.
- Bresin K, Gordon KH (2013). Changes in negative affect following pain (vs. nonpainful) stimulation in individuals with and without a history of nonsuicidal self-injury. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 4: 62-66.
- Brezo J, Paris J, Vitaro F et al (2008). Predicting suicide attempts in young adults with histories of childhood abuse. *The British Journal of Psychiatry*, 193:134-139.
- Bridge J, Greenhouse J, Weldon A et al (2008). Suicide trends among youths aged 10 to 19 years in the United States, 1996-2005. *Journal of the American Medical Association*, 300:1025-1026.
- Bronisch T, Hegerl U (2011). [Suizidalität]. In H Möller, G Laux & H Kapfhammer (eds) *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie. Band 1: Allgemeine Psychiatrie*. Berlin: Springer Medizin, pp1469-1501.
- Brown RC, Plener PL (2017). Non-suicidal Self-Injury in Adolescence. *Current Psychiatry Report*, 19(3):20.
- Brunstein Klomek A, Snir A, Apter A et al (2016). Association between victimization by bullying and direct self-injurious behavior among adolescence in Europe: a ten-country study. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 25:1183-1193.
- Cash S, Bridge J (2009). Epidemiology of youth suicide and suicidal behaviour. *Current Opinion in Pediatrics*, 21:613-619.
- Crawford M, Thomas O, Khan N et al (2007). Psychosocial interventions following self-harm: systematic review of their efficacy in preventing suicide', *The British Journal of Psychiatry*, 190:11-17.
- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Centros Nacionales para la Prevención y el Control de Daños (2013). Web-based Injury Statistics Query and Reporting System (WISQARS). *Leading Causes of Death, United States 2013*.
- Curtin SC, Warner M, Hedegaard H (2016). Increase in Suicide in the United States, 1999-2014. *NCHS Data Brief*, 241:1-8.
- Dilillo D, Mauri S, Mantegazza C et al (2015). Suicide in pediatrics: epidemiology, risk factors, warning signs and the role of the pediatrician in detecting them. *Italian Journal of Pediatrics*, 7:41-49.
- Elsässer G (2010). [Unfälle, Gewalt, Selbstverletzungen bei Kindern und Jugendlichen - Ergebnisse der amtlichen Statistik zum Verletzungsgeschehen 2008].
- Fergusson DM, Horwood LJ, Beautrais AL (1999). Is sexual orientation related to mental health problems and suicidality in young people? *Archives of General Psychiatry*, 56:876-880.
- Foley D, Goldston D, Costello E et al (2006). Proximal psychiatric risk factors for suicidality in youth: the Great Smoky Mountains Study. *Archives of General Psychiatry*, 63:1017-1024.
- Fox KR, Franklin JC, Ribeiro JD, Kleiman EM, Bentley KH, Nock MK (2015). Meta-analysis of risk factors for nonsuicidal self-injury. *Clinical Psychology Review*, 42:156-167.
- Goldston DB, Erkanli A, Daniel SS et al (2016). Developmental trajectories of suicidal thoughts and behaviors from adolescence through adulthood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 55:400-407.
- Haas AP, Eliason M, Mays VM et al. (2011). Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: review and recommendations. *Journal of Homosexuality*, 58:10-51.
- Hawton K, Harris L (2008). Deliberate self-harm by under-15-year-olds: characteristics, trends and outcome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49:441-448.
- Hazell P, Lewin T (1993). Friends of adolescent suicide attempters and completers. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32:76-81.
- Hoertel N, Franco S, Wall MM et al. (2015). Mental disorders and risk of suicide attempt: a national prospective study. *Molecular Psychiatry*, 20:718-726.
- Horowitz LM1, Ballard ED, Pao M (2009). Suicide screening in schools, primary care and emergency departments. *Current Opinion in Pediatrics*, 21:620-627.
- Jacobsen LK, Rabinowitz I, Popper MS et al (1994). Interviewing prepubertal children about suicidal ideation and behaviour. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 33:439-452.
- Jacobson C, Gould M (2007). The epidemiology and

- phenomenology of non-suicidal self-injurious behavior among adolescents: a critical review of the literature. *Archives of Suicide Research*, 11:129–147.
- Jacobson C, Muehlenkamp J, Miller A et al (2008). Psychiatric impairment among adolescents engaging in different types of deliberate self-harm', *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37:363–375.
- Jeon SY, Reither EN, Masters RK (2016). A population-based analysis of increasing rates of suicide mortality in Japan and South Korea, 1985-2010. *BMC Public Health*, 23;16:356.
- Kanchan T, Menon A, Menezes R (2009). Methods of choice in completed suicides: gender differences and review of literature. *Journal of Forensic Sciences*, 54:938–942.
- Katz C, Bolton SL, Katz LY, Isaak C, Tilston-Jones T, Sareen J (2013). Swampy Cree Suicide Prevention Team. A systematic review of school-based suicide prevention programs. *Depression and Anxiety*, 30:1030-1045.
- Kloet L de, Starling J, Hainsworth C et al (2011). Risk factors for self-harm in children and adolescents admitted to a mental health inpatient unit. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45:749–755.
- Klomek A, Sourander A, Niemela S et al (2009). Childhood bullying behaviors as a risk for suicide attempts and completed suicides: a population-based birth cohort study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48:254–261.
- Klonsky E (2007). The functions of deliberate self-injury: a review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 27:226–239.
- Kloos A, Collins R, Weller R et al (2007). Suicide in preadolescents: who is at risk? *Current Psychiatry Reports*, 9:89–93.
- Kólvés K, De Leo D (2014). Suicide rates in children aged 10-14 years worldwide: changes in the past two decades. *The British Journal of Psychiatry*, 205:283-285.
- Laido Z, Voracek M, Till B, Pietschnig J, Eisenwort B, Dervic K, Sonneck G, Niederkrotenthaler T et al (2017). Epidemiology of suicide among children and adolescents in Austria, 2001-2014. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 129:121-128.
- Lofthouse N, Yager-Schweller J (2009). Nonsuicidal self-injury and suicide risk among adolescents. *Current Opinion in Pediatrics*, 21:641–645.
- Luxton DD, June JD, Comtois KA (2013). Can postdischarge follow-up contacts prevent suicide and suicidal behavior? A review of the evidence. *Crisis*, 34:32–41.
- Marchant A, Hawton K, Stewart A, Montgomery P, Singaravelu V, Lloyd K, Purdy N, Daine K, John A et al (2017). A systematic review of the relationship between internet use, self-harm and suicidal behaviour in young people: e good, the bad and the unknown. *PLoS One*, Aug 16;12(8):e0181722.
- Moran P, Coffey C, Romaniuk H et al (2012). The natural history of self-harm from adolescence to young adulthood: a population-based cohort study. *Lancet* 379(9812):236-243
- Nitkowski D, Petermann F (2011). *[Selbstverletzendes Verhalten und komorbide psychische Störungen: ein Überblick]. Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 79:9–20.
- Nock MK, Prinstein MJ (2004). A functional approach to the assessment of self-mutilative behaviour. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72:885–890.
- Nock MK, Green JG, Hwang I, McLaughlin KA, Sampson NA, Zaslavsky AM, Kessler RC et al (2013). Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *JAMA Psychiatry*, 70:300-310.
- NSW Departamento de Salud (2004). *Framework for Suicide Risk Assessment and Management for NSW Health Staff.*
- NSW Departamento de Salud (2004). *Suicide Risk Assessment and Management Protocols - Mental Health In-Patient Unit.*
- Organización Mundial de la Salud (2014). Preventing Suicide: A Global Imperative. Ginebra, WHO Press.
- Organización Mundial de la Salud (2008). *Preventing Suicide: A Resource for Media Professionals.* Geneva: World Health Organization.
- Organización Mundial de la Salud (1996). *Multiaxial classification of child and adolescent psychiatric disorders. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders in children and adolescents*, Cambridge University Press, Cambridge, New York.
- Ougrin D, Latif S (2011). Specific psychological treatment versus treatment as usual in adolescents with self-harm: systematic review and meta-analysis. *Crisis*, 32:74–80.
- Ougrin D, Tranah T, Stahl D et al (2015). 'Therapeutic interventions for suicide attempts and self-harm in adolescents: systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 54:97-107.
- Owens D (2002). Fatal and non-fatal repetition of self-harm: Systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 181:193–199.
- Plener PL, Brunner R, Fegert JM, et al. Treating nonsuicidal self-injury (NSSI) in adolescents: consensus based German guidelines. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. 2016;10:46.
- Posner K, Brown G, Stanley B et al (2011). The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *American Journal of Psychiatry*, 168:1266–1277.
- Posner K, Oquendo M, Gould M et al (2007). Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): classification of suicidal events in the FDA's pediatric suicidal risk analysis of antidepressants. *American journal of psychiatry*, 164:1035–1043.
- Qin P, Mortensen P, Pedersen C (2009). Frequent change of residence and risk of attempted and completed suicide among children and adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 66:628–632.
- Rasmussen S, Hawton K, Philpott-Morgan S et al (2016). Why do adolescents self-harm? *Crisis*, 37:176–183.
- Redmore J, Kipping R, Trickey A et al (2016). Analysis of

- trends in adolescent suicides and accidental deaths in England and Wales, 1972-2011. *The British Journal of Psychiatry*, 209:327-333.
- Ringel E (1976). e presuicidal syndrome. *Suicide & Life-threatening Behavior*, 6:131-149.
- Robinson J, Hetrick S, Martin C (2011). Preventing suicide in young people: systematic review. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45:3-26.
- Runeson B, Odeberg J, Pettersson A et al (2017). Instruments for the assessment of suicide risk: A systematic review evaluating the certainty of the evidence. *PLoS One*, 12(7):e0180292. Ringel E (1976). The presuicidal syndrome. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 6:131-149.
- Russell ST, Joyner K (2001). Adolescent sexual orientation and suicide risk: evidence from a national study. *American Journal of Public Health*, 91:1276-1281.
- Ryan C, Huebner D, Diaz R et al (2009). Family rejection as a predictor of negative health outcomes in white and Latino lesbian, gay, and bisexual young adults. *Pediatrics*, 123:346-352.
- Schmidtke A, Hafner H (1988). The Werther effect after television films: new evidence for an old hypothesis. *Psychological Medicine*, 18:665-676.
- Seguin M, Beauchamp G, Robert M et al (2014). Developmental model of suicide trajectories. *The British Journal of Psychiatry*, 205:120-126.
- Sheehan DV, Alphas LD, Mao L et al. (2014). Comparative validation of the S-STS, the ISST-Plus, and the C-SSRS for assessing the Suicidal Inking and Behavior FDA 2012 Suicidality Categories. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 11:32-46.
- Spirito A, Esposito-Smythers C (2006). Attempted and completed suicide in adolescence. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2:237-266.
- Steele M, Doey T (2007). Suicidal behaviour in children and adolescents. Part 2: treatment and prevention. *Canadian Journal of Psychiatry*, 52(sup6):35S-45S.
- Stoffers JM, Vollm BA, Rucker G et al (2012). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Systematic Review*, 8:CD005652, Issue 8. Art. No.: CD005652. DOI: 10.1002/14651858.CD005652.pub2
- Thompson R, Briggs E, English D et al (2005). Suicidal ideation among 8-year-olds who are maltreated and at risk: findings from the LONGSCAN studies. *Child Maltreatment*, 10:26-36.
- Turecki G, Brent DA (2016). Suicide and suicidal behavior. *Lancet*, 387:1227-1239.
- Värnik P (2012). Suicide in the world. *International Journal of Environmentof Environment Research and Public Health*, 9:760-771.
- Warnke A (2008). [Suizid und Suizidversuch – Suizidalität]. In B Herpertz-Dahlmann, F Resch, MJ Schulte-Markwort & A Warnke (eds) [Entwicklungspsychiatrie. Biopsychologische Grundlagen und die Entwicklung psychischer Störungen ; mit 227 Tabellen]. Stuttgart: Schattauer, pp1006-1023.
- Wasserman D1, Rihmer Z, Rujescu D et al (2012). The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention, *European Psychiatry*, 27:129-141.
- Wasserman D, Carli V, Wasserman C et al (2010). Saving and empowering young lives in Europe (SEYLE): a randomized controlled trial. *BMC Public Health*, 10:192.
- Wilkinson P, Goodyer I (2011). Non-suicidal self-injury. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 20:103-108.
- Wong M, Brower K, Zucker R (2011). Sleep problems, suicidal ideation, and self-harm behaviors in adolescence. *Journal of Psychiatric Research*, 45:505-511.