



Grado en Psicología

Trabajo de Fin de Grado

Curso 2014/2015

Convocatoria de Junio

Modalidad: Revisión bibliográfica

Título: Suicidio infantil: Una revisión crítica.

Autor: Laura Mosquera Gallego

Tutora: José Antonio Piqueras Rodríguez

Elche a 5 de Mayo de 2015

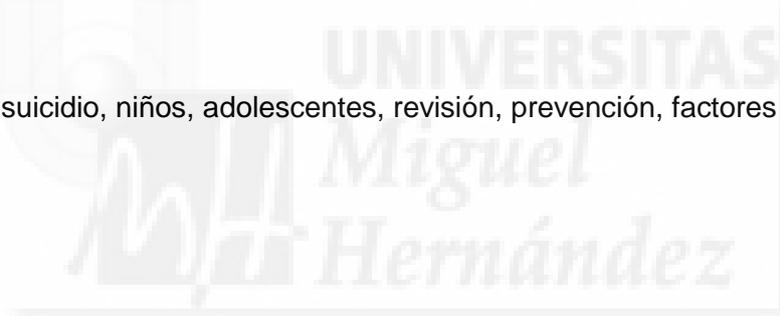
INDICE

1. RESUMEN.....	3
2. INTRUDUCCIÓN.....	4
3. METODO.....	6
4. RESULTADOS.....	7
4.1. <i>INDICE Y PREVALENCIA</i>	7
4.2. <i>FACTORES</i>	8
4.2.1. Factores de riesgo.....	9
4.2.2. Factores precipitantes.....	11
4.2.3. Factores protectores.....	11
4.3. <i>COMORBILIDAD</i>	12
4.4. <i>EVALUACION</i>	13
4.5. <i>TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN</i>	15
4.5.1. Tratamiento psicológico.....	15
4.5.2. Tratamiento farmacológico.....	16
4.5.3. Otros tratamientos.....	16
4.5.4. Prevención del suicidio.....	16
5. CONCLUSION.....	18
6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	20
TABLA 1.....	9
TABLA 2.....	10
TABLA 3.....	11
TABLA 4.....	11
TABLA 5.....	14
TABLA 6.....	25
ANEXO.....	25

1. RESUMEN

El suicidio es en la actualidad un problema importante de salud pública. Recientemente se ha registrado un aumento alarmante de comportamientos suicidas en niños y adolescentes a nivel mundial. Este trabajo es una revisión no sistemática de la literatura existente sobre el suicidio infantil. Los resultados indicaron que existe un aumento del suicidio siendo la décima causa de muerte mundial y la segunda causa de muerte entre los 15 y 29 años. Se encuentra una larga lista de factores de riesgo (p.ej., ser hombre o intentos de suicidio previos), precipitantes (p.ej., exclusión social o conflicto sentimental) y protectores (p.ej., autoconcepto positivo o apoyo familiar y comunitario). Además se contrasta una gran comorbilidad con depresión, trastorno bipolar y esquizofrenia. En cuanto a la evaluación, existen diversas escalas e inventarios de depresión o de riesgo suicida, si bien la mayoría son de adultos. A la hora del tratamiento encontramos la Terapia Dialecto-Conductual o la Cognitivo-Conductual como las más eficaces. Por último, para su prevención se ha comprobado que las intervenciones más eficaces son aquellas que se realizan en el ámbito escolar. En resumen, se trata de un problema muy serio que requiere mayores esfuerzos por parte de instituciones y gobiernos.

Palabras clave: suicidio, niños, adolescentes, revisión, prevención, factores de riesgo.



2. INTRODUCCIÓN

El suicidio es un problema de salud pública de alta prioridad. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012) señala que el suicidio es la decimotercera causa de muerte, suponiendo el 0.5-2% de todas las causas de mortalidad y la primera causa de muerte violenta. Pero lo que es aún peor, algunas previsiones indican que para el 2020 los suicidios podrían aumentar considerablemente, pasando a ser los intentos de suicidio de 10 a 20 veces más frecuentes (Varela, Castillo, Isaza, Castillo, 2008).

España es uno de los países con las tasas más bajas de suicidio a nivel europeo, sin embargo se está produciendo un incremento global en comparación con el resto de países en los que las tasas están descendiendo y estabilizando (Guía de práctica clínica, 2010). Más concretamente el Instituto Nacional de Estadística (INE, 2009) halló un total de 3429 casos de suicidio en España, con un mayor número en hombres que en mujeres lo que supone una tasa de 6.3 defunciones por cada 100000 habitantes. Estas cifras han aumentado desde el 2009 al 2013 (INE, 2015).

En cuanto a las diferencias en función de la edad, la OMS en 2004 señalaba el suicidio en adolescentes como la tercera causa principal de muerte, mientras que en 2014 pasa a ser la segunda en edades de 15 a 29 años. Sin embargo, y a pesar de estas cifras, hay muy pocos estudios centrados en el suicidio en adolescentes, y menos aún en menores de 14-15 años.

Además, los suicidios son más abundantes a medida que la edad va aumentando, por tanto en personas de 75 años o más son tres veces mayores que en las personas de 15 a 24 años; sin embargo, en éstas últimas, las autolesiones son más frecuentes y son la cuarta causa de muerte (OMS, 2014). Por otro lado, en cuanto al sexo, la Guía de Práctica clínica de la prevención y tratamiento de la conducta suicida (2012) señala que son mayores los suicidios consumados en hombres, sin embargo, las tentativas de suicidio son mayores en las mujeres. Estas diferencias podrían deberse a que los hombres utilizan métodos más peligrosos y radicales que las mujeres.

Una cuestión relevante para entender mejor el problema es el uso preciso de la terminología relacionada con el suicidio. Así una definición del *suicidio* ampliamente aceptada es la que considera que es una actuación con un resultado letal, que es iniciado y realizado por la persona, que sabe y espera el resultado letal de su acto y a través del cual pretende tener los cambios que desea (OMS, 1986). Por su parte, el *parasuicidio* se refiere a un hecho sin un resultado fatal, que sin ayuda de otras personas, el sujeto se auto-lesiona o consume sustancias con el fin de conseguir una serie de cambios a través de los resultados actuales o que espera sobre su estado físico (OMS, 1986).

Otra forma de entender el suicidio es la que considera que es el resultado final de ideaciones y conductas que realiza el sujeto. Por tanto, el concepto de conducta suicida hace referencia a un continuo de conductas que incluyen una serie de aspectos cognitivos, como ideas suicidas y su planificación, y aspectos conductuales como el intento de suicidio y el suicidio consumado. Así por ejemplo, Shneidman lo definió como una actuación humana que causa el cese de la vida (Shneidman, 1973; citado en Sánchez, Orejarena y Guzmán, 2004).

La Guía de Práctica Clínica sobre la depresión mayor en la infancia y en la adolescencia (Grupo de autores, 2010), considera como aspecto clave la intencionalidad del sujeto, de modo que define los siguientes tipos de conducta suicida: i) *suicidio frustrado*: acción realizada por el sujeto con intención autolítica, en la cual se dan circunstancias no previstas por la persona que impiden la culminación del suicidio, ii) *amenaza de suicidio*: se consideran como una serie de expresiones manifiestas, acompañadas o no de acciones de inicio del suicidio, y que indican a los demás la intención de realizar dicho suicidio. Estas amenazas son utilizadas por los adolescentes para manipular y conseguir unos resultados que desea, sin embargo lo que provocan es poner en riesgo su propia vida, iii) *conducta autolesiva*: son autolesiones que consisten en provocarse un daño corporal sin una intención de suicidio, es decir, sin llegar a poner en riesgo la vida del paciente. Son las más frecuentes en niños y adolescentes, sobretudo en la adolescencia que en los últimos tiempos han protagonizado un aumento importante.

Por tanto, dichas conductas suicidas se expresan de menor a mayor gravedad, es decir, ideación, amenaza, intento y por último suicidio consumado. Así, la ideación suicida se define como una serie de cogniciones que realiza el sujeto que incluyen pensamientos fugaces sobre el no querer vivir, además de fantasías autodestructivas y planes para llegar a la muerte (Goldney et al. 1989 citado en Buendía, Riquelme y Ruiz, 2004). Además de otros pensamientos sobre el escaso valor de la vida, amenazas heterodirigidas o elaboración de planes para el suicidio. Por otro lado, el intento de suicidio o también llamado parasuicidio, es el acto realizado por el sujeto contra sí misma, que no llega a provocar la muerte y que lo realiza en forma deliberada (Bella, Fernández y Willington, 2010). Y por último, el suicidio consumado que se define como el acto realizado por la persona de manera auto-infringida que provoca la muerte del sujeto (Bella et al., 2010). En este caso el diagnóstico no sería nada fácil, ya que en ocasiones se duda de si se trata de un acto suicida, o de una conducta temeraria o imprudencia. Cabe destacar que como se señala en el estudio de Bella, Fernández y Willington (2010), el predictor más importante de una conducta suicida infantil o adolescente es el de la ocurrencia de un intento de suicidio previo.

En consecuencia, la necesidad de este trabajo surge de que, como ya se ha mencionado anteriormente, nos encontramos en la actualidad con aumento del suicidio infantil y adolescente, que hacen que haya pasado a ser considerado un problema de salud pública; escasos métodos para poder prevenir y afrontar el problema, y en general escasez de estudios al respecto, sobretodo en niños y adolescentes. Por tanto, con esta revisión se pretende dar una visión global de estado del suicidio infantil e informar a los futuros investigadores sobre el tema y ofrecerles un punto de partida para guiar su investigación y dar soluciones ante dicho problema. Así se podría permitir tener en cuenta los diferentes factores de riesgo, además de los síntomas de alarma y poder prevenir los posibles casos de suicidio, ya sea por los padres y profesionales, tanto del ámbito sanitario como educativo y social, aumentando así las estrategias de detección e intervención.

3. MÉTODO

En el diseño de la revisión, se siguió la línea de otros autores que plantean que una tabulación descriptiva de los resultados de los estudios individualmente proporciona más perspectiva que un meta-análisis (Egger, Smith y O'Rourke, 2001).

Así, para la presente revisión bibliográfica sobre el suicidio infantil, se realizó una amplia búsqueda, aunque no exhaustiva, sobre diferentes tipos de artículos y guías mediante la utilización de las siguientes bases de datos: Psycodoc, Psycinfo, Scielo, Dialnet, Redyalc y Google Academic; así como diferentes páginas web de instituciones de referencia: Organización Mundial de la Salud (OMS), el Instituto Nacional de Estadística (INE) e Infocop Online, la revista digital editada por el Consejo General de la Psicología de España.

Para dicha búsqueda de artículos se utilizó en un primer momento la palabra clave "suicidio" o "suicide", escogiendo todos aquellos artículos en los cuales se abarcara definiciones del suicidio, factores, evaluación, tratamiento así como prevención.

Más tarde, se realizó una búsqueda más ajustada, y por tanto restringida, a nuestro trabajo como es "suicidio infantil" o "child suicide", utilizando este último como palabra clave para la búsqueda en las diferentes bases de datos, dando lugar a todos aquellos artículos que se exponen en el ANEXO 1. Otras palabras clave utilizadas combinándolas con las anteriores fueron "evaluación", "tratamiento", "factor de riesgo", "prevención", así como las expresiones en inglés.

Los criterios de inclusión que se utilizaron fueron todos aquellos artículos con contenidos sobre el suicidio, que se basaran en la población infanto-juvenil, niños y niñas menores de 18 años, y que estuvieran entre los años 2005 al 2015 aproximadamente, si bien

también se emplearon otros anteriores por su relevancia en el campo de estudio. Cabe destacar que, en una primera búsqueda se tuvieron en cuenta todos aquellos artículos con contenidos sobre el suicidio, pero una vez que avanzábamos en la búsqueda ésta se centró exclusivamente en el suicidio infantil. Por tanto los criterios de exclusión en esta segunda fase de la búsqueda fueron: el suicidio en adultos, y aquellos artículos publicados antes del 2005, ya que para esta revisión se pretendía conseguir una información lo más actualizada posible.

4. RESULTADOS

El resultado final fue una revisión de 33 artículos y guías para el suicidio, los cuales posteriormente se ordenaron en función de los diferentes apartados del estudio para poder resumir y sintetizar toda la información obtenida a través de la búsqueda bibliográfica. De esta manera, los artículos utilizados para la presente revisión son los que se exponen en el ANEXO 1.

4.1. INCIDENCIA Y PREVALENCIA

En la actualidad, el suicidio infantil y adolescente se ha convertido en un problema de salud pública, ya que en los últimos tiempos este problema se ha ido incrementando de manera progresiva en estas edades. A pesar de la cantidad de suicidios que se registran, muchos de ellos quedan en el anonimato, ya que siempre el suicidio ha intentado ocultarse o negarse a causa del miedo de poder inculpar a los familiares, o al ser un hecho reprobable de manos de determinadas creencias religiosas. Así mismo, también puede ser a causa de que los sistemas sanitarios no llegan a registrar todos los casos de suicidios y autolesiones debido a lo poco preparados que están las instituciones y a causa de las clasificaciones que se le da al suicidio en los diferentes países.

La OMS (2008) señala que en el mundo se producen un millón de muertes al año por suicidio y que cada uno de ellos afecta a unas 6 personas de manera directa; además de que, en estos últimos años las tasas de suicidio han aumentado hasta un 60% en algunos países. La OMS (2014), señala que en 2012 se registraron en todo el mundo 804000 muertes de personas suicidadas, lo cual supone una tasa anual mundial de 11.4 por 100000 habitantes, de los cuales el 15.0 son hombres y 8.0 mujeres. El suicidio en la actualidad se ha convertido en la primera causa de muerte violenta, representando un 50% de las muertes violentas a nivel mundial en hombres y un 71% en mujeres. De esta manera, el suicidio se encuentra entre las 10 primeras causas de muerte mundial y la segunda causa de muerte en edades de 15 a 29 años. Cabe destacar que, cada año por suicidio cometido se producen muchos más intentos de suicidio (OMS, 2014).

Así mismo, el INE (2015) señala que de nuevo el suicidio se reconoce como la primera causa de muerte externa en España, con unas cifras en el 2013 de 3870 personas fallecidas, de los cuales 2911 son hombres y 959 son mujeres; y una tasa de 8.3 fallecidos por cada 100000 personas, de esta manera daría como resultado un 2.7 en hombres y 4.1 en mujeres. Además de estas cifras se estima que, cada año por cada suicidio consumado, se encuentran muchos más intentos de suicidio, es decir, por cada suicidio unos 20 intentaron suicidarse (OMS, 2014).

El Informe Salud de México en 2004, señala que los suicidios en niños se incrementaron en 4.9% anual entre 1998 y 2003 (Instituto de Salud de México, 2005). Por otro lado, en ese mismo año en Estados Unidos se dieron unos 33000 suicidios, lo que dio lugar a que el suicidio se situara como la tercera causa de muerte entre los 15 y 25 años y la cuarta entre los 10 y los 15 años (Branas, Nance, Elliott, Richmond y Schwab, 2004).

Se encuentra una gran variabilidad de porcentajes en diferentes países. Según la OMS (2012), las tasas de suicidio más elevadas las encontramos en los países de Europa del Este (Lituania o Rusia), y las más bajas en América Central y América del sur (Perú, México, Colombia o Brasil).

En cuanto al sexo, el suicidio es mucho más frecuente en hombres, en cambio el intento de suicidio se da más en mujeres (Miranda de la Torre, Cubillas, Román y Abril, 2009). Así mismo, en los países ricos los hombres se suicidan tres veces más que las mujeres, en cambio estos porcentajes cambian en aquellos países más pobres, es decir, de ingresos bajos o medianos en los cuales 1,5 hombres se suicidan por cada mujer.

Y en cuanto a la edad, se ha comprobado que los casos de suicidio se elevan a medida que esta aumenta. Sin embargo, la OMS en 2012 señaló como grupos de alto riesgo de suicidio a jóvenes adultos (15 a 44) y a adolescentes, de 15 a 19 años. Por tanto, en estos últimos tiempos ha habido un gran incremento de suicidios en el periodo de la adolescencia, siendo necesario intervenciones para que estas cifras no sigan en aumento.

4.2. FACTORES

Cuando se habla de suicidio se realiza una distinción entre factores de riesgo, precipitantes y protectores. Tras la revisión se ha podido comprobar que la mayoría de estudios exponen los diferentes factores de riesgo, en cambio muy pocos estudios se basan en la investigación de los factores protectores siendo éstos últimos de gran importancia.

De esta manera, los diferentes factores expuestos en este trabajo son los que la mayoría de estudios coinciden en señalar (por ejemplo: Antón-San Martín et al., 2013; Bella,

Fernández y Willington, 2010; Cáceda, 2014; Cañón, 2011; Cortés, 2013; Devries et al., 2014; Grupo de autores, 2008; Grupo de autores, 2012; Guía de práctica clínica sobre la depresión mayor en la infancia y la adolescencia, 2010; Hewitt, Caelian, Chen y Flett, 2014; Jiménez, Hidalgo, Camargo y Dulce, 2014; Liotta, Mento y Settineri, 2015; Miranda de la Torre, Cubillas, Román y Abril, 2009; Pérez- Amezcua et al., 2010M; Pérez-Costillas et al., 2014; Pérez-Olmos, Rodríguez-Sandoval, Dussán-Buitrago y Ayala-Aguilera, 2007; Picazo-Zappino, 2014; Sánchez-Teruel y Robles-Bello, 2014; Soler y Gascón, 1999; Vianchá, Bahamón y Alarcón, 2013; Zelaya de Migliorisi, Piris de Almirón y Migliorisi, 2012).

4.2.1. Factores de riesgo

Tras la búsqueda bibliográfica se ha podido constatar que la mayoría de estudios y autores mencionan que el suicidio es el resultado de la combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales, entre otros; convirtiéndose de esta manera en factores de riesgo del suicidio. Por tanto, se hace necesario especificar los factores de riesgo generales que puedan aumentar la incidencia, probabilidad, mortalidad y severidad del suicidio. Tras la búsqueda, se han encontrado diferentes clasificaciones de factores por los autores. De esta manera, realizaremos una síntesis y distinción lo más clara posible de los factores de riesgo más generales, los cuales se dividen en factores familiares y contextuales (Tabla 1) e individuales (Tabla 2).

Tabla 1. Factores de riesgo familiares y contextuales

Familiares y contextuales	
- Bajo estatus económico	- Maltrato físico o abuso sexual
- Falta de apoyo social	- Acoso iguales (Bullying/Ciberbullying)
- Bajo nivel educativo de los padres	- Adopción
- Baja calidad de vida	- Exposición (Contagio suicida)
- Disfunción familiar	- Dificultades sentimentales
- Psicopatología de los padres	- Amplia cobertura sobre el suicidio en periódicos y televisión
- Antecedentes familiares de conducta suicida o trastornos	- Familias monoparentales
- Acontecimientos vitales estresantes	- Pobre o mala comunicación entre padres e hijos
- Frecuentes mudanzas/ cambios residencia	- Vivir apartado de los padres
- Relaciones pobres/deficitarias con iguales	

Tabla 2. Factores de riesgo individuales

Individuales/ personales	
Demográficos	<ul style="list-style-type: none"> - Ancianos y adolescentes - Hombres - Alumnos de secundaria - Enfermedades: hipertensión arterial, diabetes y cáncer
Biológicos	<ul style="list-style-type: none"> - Estrato económico pobre - Áreas urbanas - Ateos y protestantes - Disfunción serotoninérgica - Hiperactividad del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal - Disminución ácido homoalánico (precursor de dopamina) - Hipoxia crónica - Disfunción dopaminérgica - VIH
Genéticos	<ul style="list-style-type: none"> - Polimorfos en el gen de la triptófano hidroxilasa - Marcadores GRIK2 y GRIA3
Psicológicos y cognitivos	<ul style="list-style-type: none"> - Impulsividad - Agresividad - Perfeccionismo socialmente prescrito - Desesperanza - Pensamientos e ideas suicidas - Hostilidad - Rechazar su cuerpo - Baja autoestima - Apego inseguro - Sentimientos de fracaso - Déficit de habilidades de resolución de problemas - Inhibición emocional - Estrés agudo - Falta de restricciones religiosas o morales contra el suicidio - Dolor psicológico - Déficit de la función ejecutiva - Bajo nivel del competencia
Psiquiátricos	<ul style="list-style-type: none"> - Intento de suicidio previo - Depresión - Trastorno bipolar - Abuso de sustancias (alcohol y drogas) - Trastorno de personalidad - Esquizofrenia - Conducta alimentaria - Trastornos de ansiedad - Trastorno de Déficit de atención por hiperactividad - Problemas de sueño - Enfermedades físicas incapacitantes, terminales, dolorosas - Síndromes orgánicos cerebrales - Distimia
Otros	<ul style="list-style-type: none"> - Orientación sexual (Homosexual) - Fracaso escolar - Aislamiento social - Fácil acceso a los métodos de suicidio (armas de fuego, altas dosis de medicación)

4.2.2. Factores precipitantes

Tras la recopilación de todos los factores, aquellos que actúan como precipitantes de una conducta suicida son los que se muestran a continuación:

Tabla 3. Factores precipitantes

Factores precipitantes	
- Acontecimientos vitales estresantes	- Imitación de algún modelo de fantasía
- Falta de comunicación familiar	- Pérdidas financieras
- Intoxicación por consumo de sustancias aguda.	- Facilidad de acceso a aquellos métodos de mayor letalidad
- Duelo reciente	- Exclusión social
- Anticipación de un castigo	- Problemas en el grupo de iguales
- Crisis con los padres o familiares	- Fracaso o dificultades escolares
- Factores personales o psicológicos de la persona	- Exposición o contagio reciente de un suicidio
- Interacción con un familiar psicótico	- Conflicto sentimental
- Carencias de afecto y cohesión familiar	

4.2.3. Factores protectores

Los factores protectores son aquellos con una gran importancia a la hora de poder controlar y prevenir el suicidio. Sin embargo, a pesar de su relevancia la mayoría de estudios no muestran estos factores, sino que se estudia con mucha más frecuencia los factores de riesgo. Por tanto, los estudios indican los siguientes factores protectores (Tabla 4) en relación con el suicidio:

Tabla 4. Factores protectores

Factores protectores	
- Cohesión familiar / con grupo de iguales	- Buenas relaciones interpersonales
- Nivel educativo	- Estrategias de afrontamiento positivas
- Autoconcepto positivo	- Autorregulación y flexibilidad cognitiva
- Autocontrol emocional	- Estilo atribucional positivo
- Valores/actitudes positivas hacia suicidio	- Habilidades resolución problemas
- Mujeres	- Tener creencias religiosas y culturales
- Apoyo familiar y comunitario	- Locus de control interno
- Buena autoestima	- Inteligencia
- Habilidades para formar razones para vivir.	- Tener apoyo y recursos de tipo social, comunitario, sanitario y educativo

4.3. COMORBILIDAD

Para la realización de este apartado se ha realizado una síntesis de diversos estudios (por ejemplo: Bella, Fernández y Willington, 2010; Cabrejos, Krüger y Samalvides, 2005; Cornellà i Canals, 2012; Devries et al., 2014; Hewitt, Caelian, Chen y Flett, 2014; Jiménez, Hidalgo, Camargo y Dulce, 2013; Lecrubier, 2002; Peña, Casas, Padilla de la Cruz, Gómez y Gallardo, 2002; Pérez-Olmos, Rodríguez-Sandoval, Dussán-Buitrago y Ayala-Aguilera, 2007; Pianowski, Sousa de Oliveira y Nunes, 2015; Soler y Gascón, 1999; Zelaya de Migliorisi, Piris de Almirón y Migliorisi, 2012).

De esta manera la comorbilidad, es decir, los trastornos mentales asociados, son muy frecuentes en aquellas personas que han realizado o tienen la intención de quitarse la vida. Así, detrás del 90% de los suicidios se encuentra una enfermedad mental. La comorbilidad del suicidio con otros trastornos no se limita solo a los trastornos del Eje I sino que también se puede encontrar con trastornos del Eje II según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales; y además el riesgo de suicidio aumenta linealmente con el número de trastornos asociados a él. Cabe destacar que muchos factores de riesgo son comunes a estos trastornos mentales y el suicidio.

La mayoría de suicidios se han asociado con trastornos del estado de ánimo, especialmente con síntomas depresivos (depresivos mayores o graves con o sin síntomas psicóticos). El 15% de los pacientes que padecen una depresión mayor terminan llevando a cabo un suicidio. Se han encontrado estudios que muestran que la combinación de síntomas depresivos con comportamiento antisocial es la que más prevalencia tiene con el suicidio adolescente. El trastorno bipolar también se asocia con un alto riesgo de suicidio, siendo más alto el riesgo de suicidio completo en trastorno bipolar que en depresión. Además de éstos, la distimia y el síntoma de desesperanza se pueden considerar como síntomas de alto riesgo, siendo la desesperanza aquella que aumenta la letalidad de los suicidios.

En cuanto a los trastornos esquizofrénicos, se encuentra que la primera causa de muerte en jóvenes con esquizofrenia es el suicidio, siendo este junto con la depresión y el abuso de sustancias los trastornos mentales más prevalentes e importantes en relación con el suicidio. De esta manera, los trastornos relacionados con sustancias como el abuso o dependencia de alcohol así como otras drogodependencias aumentan el número de suicidios consumados.

Otros trastornos encontrados que aumentan el riesgo de suicidio son los trastornos de personalidad, con una prevalencia del 25% de personas que han intentado suicidarse, siendo los más importantes el trastorno límite de la personalidad, trastornos antisocial, histriónico y

narcisista. Por último en el estudio de Cornellà i Canals (2012), también se destacan como trastornos asociados los trastornos de ansiedad y Trastornos alimentarios (Anorexia y bulimia), siendo este último junto con la depresión causantes de un riesgo de suicidio elevado, es decir, un riesgo de 20 veces mayor.

Cabe destacar que la presencia de algún trastorno de ansiedad junto con depresión, abuso de sustancias o trastorno límite de la personalidad multiplica el riesgo de suicidio, además de empeorar la respuesta terapéutica (Soler y Gascón, 1999).

4.4. EVALUACIÓN

Para la evaluación del niño o del adolescente es necesario realizar una valoración psiquiátrica/psicológica y psicosocial, es decir, además de evaluar a la persona en función de la ideación e intencionalidad del suicidio y de los trastornos asociados a ello, hay que evaluar su entorno así como los diferentes factores de riesgo. Por tanto, para la evaluación es necesaria la realización de una entrevista, no solamente del niño o adolescente sino también de otras fuentes allegadas a él (padres, cuidadores, otros familiares, entre otros).

De esta manera, se consideran varios aspectos los a evaluar. Por un lado, se encuentran las características de la ideación suicida, como el momento en que se iniciaron y como han ido avanzando, la construcción de los planes, motivación, la intención de la conducta, el esfuerzo que realiza para no ser descubierto, así como sentimientos de desesperanza. Por otro lado, se debe explorar respecto al intento suicida, aspectos como método utilizado, la planificación de la conducta suicida, lo accesible que han sido los métodos utilizados, así como la gravedad médica.

Cabe destacar que a la hora de evaluar y obtener información de ambas partes, es decir, tanto del niño y del adolescente como de su contexto, podemos encontrar diferencias en la información obtenida. De esta manera, se obtendrá una mejor información sobre la ideación o conducta suicida de los niños y adolescentes que de sus padres.

Además de estos aspectos, para una buena evaluación es necesario tener en cuenta otros aspectos que han podido influir en el intento de suicidio como son: la presencia de una enfermedad mental del propio niño o adolescente o de historia familiar, presencia de acontecimientos vitales estresantes, factores sociales y cognitivos, abuso de sustancias, e historia de abuso sexual o de maltrato físico.

Por tanto, para evaluar todos estos aspectos, además de la entrevista inicial es necesario utilizar otros métodos como los instrumentos psicométricos, en los cuales se obtiene información acerca de los factores que han influido para la ideación o intento suicida,

además de la presencia de sintomatología como la depresión. Así mismo, los instrumentos psicométricos más empleados según la literatura, y con mayor validez y fiabilidad son los que se observan en la siguiente tabla.

Tabla 5. Instrumentos psicométricos

Instrumentos	Autor	Nº ítems	Objetivos y Modo de aplicación
Cuestionario de Riesgo suicida (<i>Risk of Suicide Questionnaire</i> , RSQ)	Horowitz, Wang, Koocher y Burr (2001)	14 tipo Likert de 7 puntos Versión breve: 4 ítems	Detectar riesgo y conducta suicida en niños y adolescentes de personal no especializado Heteroaplicada
Cuestionario de Ideación Suicida (SIQ)	Horowitz et al. (2001)	4 ítems	Detectar riesgo suicida en niños y toma de decisiones de personal no especializado Heteroaplicada
Inventario de Depresión de Beck (<i>Beck Depression Inventory</i> , BDI)	Beck (1961)	21 ítems Versión breve: 13 ítems	Evaluar sintomatología depresiva Autoaplicada
Escala de desesperanza de Beck (<i>Beck Hopelessness Scale</i> , BHS)	Beck, Weissman y Lester (1974)	20 ítems de verdadero o falso	Evaluar grado de desesperanza o Indicador indirecto de intentos de suicidio Autoaplicada
Escala de Intencionalidad Suicida (<i>Suicidal Intent Scale</i> , SIS)	Beck, Weissman y Lester (1974)	15 ítems	Evaluar intencionalidad suicida Heteroaplicada
Escala para la Ideación Suicida (SSI)	Beck, Kovacs y Weissman (1979)	19 ítems	Evaluar variables cognitivas en relación con el riesgo suicida Entrevista semi-estructurada

Otros instrumentos, los cuales han sido encontrados y estudiados con menor frecuencia son:

- Inventario de Riesgo suicida para Adolescentes (IRIS; Hernández y Lucio, 2003).
- Escala de Acontecimientos Vitales de St. Paul Ramsey (*St. Paul Ramsey Life Experience Scale*; Rush, First y Blacker, 2000)
- Escala de Evaluación del Suicidio (SUAS; Träskman-Bendz y Stanley, 1986).
- Autopsia psicológica (Antón-San Martín et al., 2013).

Cabe destacar un protocolo breve de evaluación del suicidio relevante (García- Nieto et al., 2011), el cual demuestra una buena fiabilidad. Dicho instrumento es llamado *Protocolo breve de evaluación del suicidio*, y estudia variables relacionadas con la conducta suicida. Este protocolo además de aportar datos sociodemográficos y clínicos del sujeto incluye una serie de instrumentos como:

- Acontecimientos vitales estresantes (List of Threatening Experiences, LTE).
- DSM-IV-TR. Problemas psicosociales.
- Escala de evaluación de la actividad global (EEAG).
- Escala de intencionalidad suicida de Beck (Suicide Intent Scale, SIS).
- Escala de Ideación suicida (Scale for Suicidal Ideation, SSI).
- Letalidad del intento de suicidio (Lethality Rating Scale).

4.5. TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN

Tras una buena evaluación con el niño y el adolescente, el siguiente paso es establecer un tratamiento eficaz y adecuado a sus necesidades. En caso del tratamiento farmacológico y terapéutico se realizara en función de la psicopatología del niño y del adolescente. Los artículos utilizados para el presente apartado fueron la Guía de práctica clínica para la prevención y tratamiento de la conducta suicida (2012), Guía de práctica clínica sobre la depresión mayor en la infancia y la adolescencia (2010), el estudio de Cornellà y Canals (2012) y de Soler y Gascón (1999).

4.5.1. Tratamiento psicológico

Muchos estudios muestran que el tratamiento del niño o del adolescente es muy difícil de tratar. A pesar de ello, según la Guía de práctica clínica de la depresión mayor en la infancia y adolescencia (2010), señala que la Terapia Dialectico-Conductual (TDC) es eficaz en dicha población. La TDC es una variante de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC), la cual fue diseñada para abordar trastornos de personalidad; sin embargo en la actualidad ha sido adaptada para poder tratar a niños y a adolescentes con ideación o conducta suicida.

Cabe destacar que diversos estudios, como el de Soler y Gascón (1999), señalan que por un lado la TDC es eficaz para aquellas personas con trastorno de personalidad, con un descontrol de impulsos, ira, inestabilidad emocional y asertividad interpersonal. Por otro lado, que la TCC se ha mostrado eficaz para reducir el suicidio en aquellas personas con depresión.

4.5.2. Tratamiento farmacológico

De igual manera que el tratamiento psicológico, el farmacológico se realiza en función de la psicopatología del niño o del adolescente. Los estudios realizados con esta población han mostrado gran interés y se han centrado en el tratamiento del suicidio para adolescentes con depresión.

De esta manera, para el tratamiento de la depresión en niños y adolescentes, así como en los trastornos de ansiedad con ideas y riesgo de suicidio, se debe tratar con antidepresivos. A pesar de que aún no existe evidencia, los ISRS en concreto de fluoxetina podría tener un efecto inhibitor en estas ideas suicidas y sobre la impulsividad (Soler y Gascón, 1999). Según la Guía de práctica clínica para la depresión mayor en la infancia y en la adolescencia (2010), fármacos como el litio o la clozapina, han demostrado su efecto en la población adulta, en cambio en la infanto-juvenil no ha sido estudiada. Por otro lado cabe destacar que, fármacos como inhibidores de monoaminoxidasa, antidepresivos tricíclicos o la venlafaxina no son eficaces para niños y adolescentes.

En cuanto a otras psicopatologías como el trastorno bipolar, el fármaco que ha demostrado ser efectivo en la reducción del riesgo suicida ha sido el litio. Y por último, patologías como esquizofrenia, otros trastornos psicóticos y trastornos de personalidad son utilizados los fármacos antipsicóticos de primera y segunda generación. (Soler y Gascón, 1999).

4.5.3. Otros tratamientos

Otros tratamientos que podrían ser eficaces para la disminución del riesgo de conducta suicida pero que aún no existe gran evidencia de ello son: las Técnicas de resolución de problemas, entrenamiento en habilidades sociales, reconocimiento y control de la ira, terapia familiar, grupal e interpersonal y la terapia electroconvulsiva. Cabe destacar que esta última no suele ser utilizada para el tratamiento con niños y adolescentes, pero sí para aquellos casos de depresión grave.

4.5.4. Prevención del suicidio

Lo prioritario a la hora de abordar el suicidio es su prevención, ya que esos suicidios consumados o aquellos no identificados no hay manera de tratarlos con las diferentes técnicas que se han expuesto anteriormente. Por tanto, dicha prevención es idónea para poder disminuir o eliminar el suicidio tanto en la población infanto-juvenil, como en la población adulta.

Según la OMS (2014) una manera sistemática de dar respuesta al suicidio es establecer una estrategia nacional de prevención, la cual utilizan medidas como la vigilancia, restricción de los medios que utilizan para el suicidio, directrices para los instrumentos de difusión, reducción del estigma y la captación de personal de salud, educadores y policías entre otros. De esta manera, esa estrategia nacional incluye área de la salud, educación, empleo, bienestar social, y justicia.

En cuanto a la población infanto-juvenil, según la Guía de Práctica clínica sobre la depresión mayor en la infancia y en la adolescencia (2010) y la Guía de práctica clínica sobre la prevención y tratamiento de la conducta suicida (2012), proponen que las intervenciones preventivas deben ser en el ámbito escolar. Las intervenciones en este ámbito consistirían en:

- *Programas de prevención basados en el currículo*, con el objetivo de aumentar los conocimientos sobre el suicidio a través de videos o presentaciones. Como el programa “*Signs of suicide*” (Asetline et al, 2007), el cual se diseñó para el conocimiento además del cribado de la depresión.
- *Programas basados en el entrenamiento en habilidades sociales*, con el objetivo de detectar a aquellos jóvenes con riesgo de conducta suicida.
- *Programas de prevención de cribado basadas en el ámbito escolar*, sobre la depresión, ideación suicida y conducta suicida previa, utilizando para ello entrevistas individuales y test autoaplicados.
- *Tratamiento en el ámbito escolar*.
- *Intervenciones tras un suicidio*, con el objetivo de minimizar aquellos casos de suicidio o de intentos por aprendizaje vicario, realizadas para familiares, amigos y profesores.
- *Entrenamiento de figuras clave o Gatekeeper*, con el objetivo de formar a profesores o compañeros, para detectar el riesgo de suicidio en los adolescentes.

Además de las intervenciones en este ámbito, proponen la prevención en pacientes con trastornos mentales y la prevención de los medios de comunicación. En esta última se incluirían líneas telefónicas de ayuda, acceso a métodos y medios de comunicación e internet.

5. CONCLUSIÓN

Los resultados de esta revisión muestran que el suicidio infanto-juvenil se ha convertido en un grave problema de salud pública afectando a nivel mundial. A pesar de que las cifras de suicidio en estas edades no son las más elevadas, han aumentado de manera relevante en estos últimos años, siendo una señal de alarma para los diferentes profesionales e instituciones u organismos.

Una solución a todo este gran problema que causa el suicidio infantil sería la prevención, tratando de medir en el control de los diferentes factores de riesgo. Como ya se ha comprobado tras la revisión, se observa una amplia lista de estos factores que en la mayoría de los estudios son similares; por tanto se convierten en los más frecuentes de la literatura, como los antecedentes tanto del niño como de sus familiares, depresión, impulsividad o cambios biológicos, entre otros. Sin embargo, en los estudios más recientes de 2014 y 2015, se observa que a esta gran lista se añaden el perfeccionismo social prescrito, la exposición, es decir, el contagio social, así como la orientación sexual o el Bullying y Cyberbullying, siendo estos los menos estudiados y no por ello menos importantes.

Por tanto, se ha comprobado que prevenir los diferentes factores de riesgo es de gran importancia, pero no solamente prevenir estos, sino también es de suma importancia potenciar esos factores protectores de la persona, que algunos de ellos promueven la resiliencia, como se ha demostrado en el estudio de Sánchez-Teruel y Robles-Bello (2014).

En cuanto a la comorbilidad o trastornos asociados, se ha observado que en la población infanto-juvenil aquellos trastornos más asociados y con mayor riesgo son la esquizofrenia y trastorno bipolar; además de la depresión, que aunque no es la más asociada con las muertes ni la más grave, ha resultado ser la más estudiada ya que es bastante frecuente.

Otro aspecto a destacar ha sido el gran número de escalas e instrumentos de evaluación para el suicidio, sin embargo, para la población infanto-juvenil hay pocas escalas o cuestionarios con una alta fiabilidad. Las más utilizadas e investigadas han resultado ser los instrumentos de evaluación de Beck, como Inventario de depresión (1961) o la escala de desesperanza (1974); así como Cuestionario de Riesgo suicida (RSQ, 2001).

Por último, en cuanto al tratamiento y su prevención, es necesario destacar las técnicas Dialéctico- Conductuales, que han demostrado su eficacia en esta población (Cornellà i Canals, 2012). Sin embargo, cuando el suicidio va asociado a trastornos como la esquizofrenia o la bipolaridad, los tratamientos farmacológicos se muestran de gran importancia.

Cabe destacar que en la actualidad lo más relevante es la prevención del suicidio, como la OMS en sus últimos estudios de 2014 con su estrategia nacional de intervención. Otros estudios de gran importancia para la prevención son los que han mostrado las Guías clínicas del sistema sanitario español de 2010 y 2012, las cuales les dan una gran importancia a la prevención del suicidio en el ámbito escolar estableciendo diferentes estrategias para ello, como programas, intervenciones o tratamientos, entre otros.

Como conclusión, a pesar de las diferentes revisiones y estudios realizados en esta población que han demostrado su relevancia en el estudio del suicidio, no son necesarias ya que este problema cada vez se va aumentando de una manera progresiva por múltiples razones; y por tanto, se debe seguir investigando para poder frenar, o al menos disminuir el número de casos, a partir de programas de prevención, así como tratamientos tanto a nivel psicológico como farmacológico.



6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Antón-San-Martín, J. M., Sánchez-Guerrero, E., Pérez-Costilla, L., Labajos-Manzanares, M. T., Diego-Otero, Y. D., Benítez-Parejo, N., Comino-Ballesteros, R., Perea-Milla, E., Ramos-Medina-Ramos, V. y López-Calvo, A. (2013). Factores de riesgo y protectores en el suicidio: un estudio de casos y controles mediante la autopsia psicológica. *Anales de psicología*, 29, 810-815.
- Aseltine, R. H., James, A., Schilling, E. A. y Glanovsky, J. (2007). Evaluation of the SOS suicide prevention program: a replication and extension. *BMC Public Health*, 7, 161.
- Branas, C. C., Nance, M. L., Elliot, M. R., Richmond, T. T. y Schwab, C.W. (2004). Urban-Rural Shifts in International Fireman Death: Different Causes, Same Results. *American Journal of Public Health*, 94, 1750-1755.
- Beck, A. T., Steer R. A. y Brown, G. K. (1996). *BDI-II, Beck depression inventory: Manual. 2a ed.* San Antonio, Texas: Harcourt.
- Beck, A. T. y Steer, R. A. (1988). *Manual for the Beck Hopelessness Scale.* San Antonio: Psychological Corporation.
- Beck, R. W., Morris J. B. y Beck, A. T. (1974). Cross-validation of the Suicidal Intent Scale. *Psychological Reports*, 34, 445-446.
- Beck, A. T., Brown, G. K., Steer R. A., Dahlsgaard, K. K. y Grisham, J. R. (1999). Suicide ideation at its worst point: a predictor of eventual suicide in psychiatric outpatients. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 29, 1-9.
- Bella, M., Fernández, R. y Willington, J. (2010). Intento de suicidio en niños y adolescentes: depresión y trastorno de la conducta disocial como patologías más frecuentes. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 108, 124-129.
- Buendía, J., Riquelme, A. y Ruiz, A. (2004). *El suicidio en adolescentes. Factores implicados en el comportamiento suicida.* Murcia: Universidad de Murcia. EDITUM.
- Cabrejos, C., Krüger, H. y Samalvides, F. (2005). Intento de suicidio en niños y adolescentes, sus características biopsicosociales y diagnósticos psiquiátricos. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 68, 55-66.
- Cáceda, R. (2014). Suicidal behavior: Risk and protective factors. *Revista de Neuro-psiquiatría*, 77, 3.
- Cañón, S. C. (2011). Factores de riesgo asociados a conductas suicidas en niños y adolescentes. *Archivos de Medicina*, 11, 62-67.
- Cornellà, J. (2012, octubre). Conducta autodestructiva en el adolescente. Suicidio, su prevención. Trabajo presentado al *Congreso virtual Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes*, España.

- Cortés, A. (2013). Conducta suicida, adolescencia y riesgo. *Revista Cubana de Medicina Integral*, 30, 132-139.
- Devries, K. M., Mak, J. Y. T., Child, J.C., Falder, G., Bacchus, L. J., Astbury, J. y Watts, C. H. (2014). Childhood sexual abuse and suicidal behavior: A meta-analysis. *Pediatrics*, 133, 1331-1344.
- Egger, M., Smith, G. P. y O'Rourke, K., 2001. Rationale, potentials and promise of systematic reviews. En: Egger, M., Smith, G.P., Altmann, D. (Eds), *Systematic Reviews in Health Care*. BMJ Books, London, pp. 1–17.
- García-Nieto, R., Uribe, I. P., Palao, D., Lopez-Castroman, J., Sáiz, P. A., García-Portilla, M. P., Saiz, J., Ibañez, A., Tiana, T., Durán, S., Pérez, V., Diego-Otero, Y., Pérez-Costillas, L., Fernández, R., Saiz-González, D., Jiménez, M. A., Navío, M., Giner, L., Guija, J. A., Escobar, J. L., Cervilla, J. A., Quesada, M., Braquehais, D., Blasco-Fontecilla, H., Legido-Gil, T., Aroca, F. y Baca-García, E. (2012). Protocolo breve de evaluación del suicidio: fiabilidad interexaminadores. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5, 24-36.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. (2012). *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida*. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (AVALIA-T). Guías de Práctica Clínica en el SNS: AVALIA-T 2010/02.
- Grupo de la Guía de práctica clínica sobre la depresión mayor en la infancia y la adolescencia. (2010). *Guía de práctica clínica sobre la depresión mayor en la infancia y la adolescencia*. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (AVALIA-T); 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AVALIA-T Nº 2007/09.
- Hernández, Q. y Lucio, E. (2006). Evaluación del riesgo suicida y estrés asociado en adolescentes estudiantes mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*, 23, 45-52.
- Hernández, Q. y Lucio, E. (2003). Inventario de riesgo suicida para adolescentes IRIS, primera versión. *Reporte del examen de postulación al doctorado*. Facultad de psicología, UNAM.
- Hewitt, P. L., Caelian. C. F., Chen, C. y Flett, G. (2014). Perfectionism stress, daily hassles, hopelessness, and suicide potential in depressed psychiatric adolescents. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 36, 663-674.
- Horowitz, L., Wang, P., Koocher, G. y Burr, B. (2001). Detecting suicide risk in a pediatric emergency department: development of a brief screening tool. *Pediatrics*, 107, 1133-7.

- INE. Defunciones según la causa de muerte [Base de datos en Internet]. (2008). Madrid: Instituto Nacional de Estadística (INE). [Citado 17 abr 2008]. Recuperado el 20 de marzo de 2015 desde <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p417&file=inebase&L=0>.
- Instituto de Salud de México. (2005). *Salud México 2004. Información para la rendición de cuentas*. Segunda edición. Recuperado el 20 de marzo de 2015 desde <http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/saludmex2004/sm2004.pdf>.
- Instituto Nacional de Estadística. (2015). *El suicidio: nuevamente la primera causa externa de muerte, según la INE*. Infocop Online- Consejo General de Psicología en España. Recuperado el 15 de abril de 2015 desde http://www.infocop.es/view_article.asp?id=5555&cat=44.
- Jiménez, M., Hidalgo, J., Camargo, C. y Dulce, B. (2014). El intento de suicidio en la población pediátrica, una alarmante realidad. *Revista Científica de Salud*, 12, 59-83.
- La entrevista, C. E. P. (2008). *Boletín Epidemiológico de salud mental primer semestre de 2008. Evaluación del riesgo suicida en la práctica médica*.
- Lecrubier, Y. (2002). La influencia de la comorbilidad en la prevalencia de la conducta suicida. *The European Journal of Psychiatry (Edición Española)*, 9, 90-94.
- Liotta, M., Mento, C. y Settineri, S. (2015). Seriousness and lethality of attempted suicide: A systematic review. *Aggression and violent behavior*, 21, 97-109.
- Miranda, I., Cubillas, M. J., Román, R. y Abril, E. (2009). Ideación suicida en población escolarizada infantil: factores psicológicos asociados. *Salud mental*, 32, 495-502.
- Niméus, A., Alsén, M. y Träskman-Bendz, L. (1986). La Escala de Evaluación del Suicidio: un instrumento que evalúa el riesgo de suicidio de personas que han intentado quitarse la vida. *The European Journal Psychiatry*, 15, 416-423.
- Organización Mundial de la Salud. (2012). *Estadísticas Sanitarias Mundiales 2012*. Organización Mundial de la Salud. Recuperado el 9 de marzo de 2015 desde http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2012/es/.
- Organización Mundial de la Salud. (2012). *Informe sobre suicidios: cifras, causas y países que más lo padecen*. Recuperado el 9 de marzo de 2015 desde <http://es.sott.net/article/16180-Informe-sobre-suicidios-cifras-causas-y-paises-que-mas-lo-padecen>.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Prevención del suicidio. Un imperativo global*. Recuperado el 9 de abril de 2015 desde http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/es/.
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *Preventing suicide a resource for media professionals department of mental health and substance abuse world health*.

- International association for suicide prevention. Recuperado el 9 de abril de 2015 desde http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/resource_media.pdf.
- Palacios-Espinosa, X., Barrera, A. M., Ordóñez, M. y Peña, M. E. (2007). Análisis bibliométrico de la producción científica sobre suicidio en niños en el período 1985-2005. *Avances en psicología Latinoamericana/Bogotá*, 25, 40-62.
- Pérez-Amezcu, B., Rivera-Rivera, L., Atienzo, E. E., De castro, F., Leyva-López, A. y Chávez-Ayala, R. (2010). Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República mexicana. *Salud pública de México*, 52, 324-333.
- Pérez-Costillas, L., Blasco-Fontecilla, H., Benítez, N., Comino, R., Antón, J. M., Ramos-Medina, V., López, A., Palomo, J. L., Madrigal, L., Alcalde, J., Perea-Millá, E., Artieda-Urrutia, P., León-Martínez, V. y Diego-Otero, Y. (2014). Clusters de casos de suicidios espacio-temporal en la comunidad de Antequera (España). *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 9.
- Pérez-Olmos, I., Rodríguez-Sandoval, E., Dussán-Buitrago, M. M. y Ayala-Aguilera, J. P. (2007). Caracterización psiquiátrica y social del intento suicida atendido en una clínica infantil, 2003-2005. *Revista de Salud pública*, 9, 230-240.
- Peña, L. Y., Casas, L., Padilla de la Cruz, M., Gómez, A. y Gallardo, M. (2002). Comportamiento del intento suicida en un grupo de adolescentes y jóvenes. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 31, 182-7.
- Pianowski, G., de Oliveira Fernandes, E. S. y Baptista, M. N. (2015). Revisión de ideación, comportamiento suicida y medidas de evaluación psicológicas. *Psicología desde el Caribe*, 32, 81-120.
- Picazo-Zappino, J. (2014). El suicidio infanto-juvenil: una revisión. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 42, 125-32.
- Robles, R., Páez, F., Ascencio, M., Mercado, E. y Hernández, L. (2005). Evaluación del riesgo suicida en niños: propiedades psicométricas de la versión en castellano del Cuestionario de Riesgo Suicida (RSQ). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 33, 292-297.
- Romero, R. (2012). La depresión y el suicidio en niños y adolescentes. *Revista Arquetipos*, 29, 14-16.
- Rush, A., First, M. y Blacker, D. (2000). *Handbook of Psychiatric Measures*. Washington DC: American Psychiatric Publishing Inc.
- Sánchez-Teruel, D. y Robles-Bello, M. A. (2014). Factores protectores que promueven la resiliencia ante el suicidio en adolescentes jóvenes. *Papeles del psicólogo*, 35, 181-192.

- Sánchez, R., Orejarena, S. y Guzmán, Y. (2004). Características de los suicidas en Bogotá: 1985-2000. *Revista de Salud Pública (Bogotá)*, 6, 217-233.
- Soler, P. A. y Gascón, J. (1999). Recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales. *Comité de consenso de Catalunya en terapéutica de los trastornos mentales*, 4.
- Stanley, B., Träskman-Bendz, L. y Stanley, M. (1986). The Suicide Assessment Scale: a scale evaluating change in suicidal behavior. *Psychopharmacology Bulletin*, 162-5.
- Varela, A., Castillo, E., Isaza, M. y Castillo, A. (2008). *Intento Suicida-Vigilancia Epidemiológica*. Calí: Grupo de Salud Mental, Secretaria de Salud Pública Municipal.
- Vianchá, M. A., Bahamón, M. J. y Alarcón, L. L. (2013). Variables psicosociales asociadas al intento suicida, ideación suicida y suicidio en jóvenes. *Revista Tesis psicológica*, 8, 112-123.
- Zelaya de Migliorisi, L., Piris de Almirón, L. y Migliorisi, B. (2012). Intentos de suicidio en niños y adolescentes. ¿Máscara de maltrato infantil?. *Pediatría (Asunción)*, 39, 167-172.
- World Health Organization- OMS. (2012). *Public Health Action for the Prevention of suicide*. Suiza: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Recuperado el 18 de abril de 2015 desde http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75166/1/9789241503570_eng.pdf.
- World Health Organization (WHO). (1986). *Working Group on Preventive Practices in Suicide and Attempted Suicide 1986 York, UK*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Recuperado el 18 de abril de 2015 desde [http://whqlibdoc.who.int/euro/1993/ICP_PSF_017\(S\).pdf](http://whqlibdoc.who.int/euro/1993/ICP_PSF_017(S).pdf).

ANEXO 1

Tabla 6. Resultados búsqueda bibliográfica

Año	Autores	Título	Edades/ población	Conductas suicidas evaluadas	Características del estudio
2015	Pianowski, De oliviera y Nunes.	Revisión de ideación, comportamiento suicida y medidas de evaluación psicológicas	15 a 44 años	Ideación y comportamiento suicida	Estudio de revisión que aporta datos descriptivos de la muestra, variables clínicas asociadas y la condición médica, características psicológicas y factores cognitivos, e instrumentos de evaluación.
2015	Liotta, Mento y Settineri.	Seriousness and lethality of attempted suicide: A systematic review	Infanto-juvenil, adultez	Ideación, intención y conducta suicida	Estudio de revisión sistemática de los factores que aumentan la severidad y potencial letalidad del intento de suicidio.
2014	Cáceda.	Suicidal behavior: Risk and protective factors	Infanto-juvenil, adultez	Conducta suicida	Estudio de revisión de los factores de riesgo y de protección del comportamiento suicida.
2014	Devries et al.	Childhood sexual abuse and suicidal behavior: A meta-analysis	Infantil	Conducta suicida	Estudio de meta-análisis de del abuso sexual infantil como factor de riesgo de la conducta suicida.
2014	Jiménez, Hidalgo, Camargo y Dulce.	El intento de suicidio en la población pediátrica, una alarmante realidad	5 a 18 años	Intento suicida	Estudio investigativo de la población pediátrica del Hospital Infantil Los Ángeles de Pasto permitiendo su caracterización clínica.

2014	Hewitt, Caelian, Chen y Flett.	Perfectionism, Stress, Daily Hassles, Hopelessness, and suicide potential in depressed psychiatric adolescents	13-19 años	Tendencia, riesgo e ideación suicida	Estudio de revisión de la relación perfeccionismo-suicidio en un grupo de adolescentes con depresión.
2014	Pérez-Costillas et al.	Clusters de casos de suicidio espacio-temporal en la comunidad de Antequera (España)	Infanto-juvenil, adulta	Conducta suicida	Estudio analítico de la agrupación espacio-temporal de casos de suicidio.
2014	Picazo-Zappino.	El suicidio infanto-juvenil: una revisión	Infanto-juvenil	Intención y conducta suicida	Estudio de revisión acerca de la prevalencia, factores de riesgo y limitaciones sobre el suicidio infanto-juvenil.
2014	Sánchez-Teruel y Robles-Bello.	Factores protectores que promueven la resiliencia ante el suicidio en adolescentes y jóvenes	Adolescente y jóvenes adultos	Ideación, tentativa y conducta suicida	Estudio de revisión de aquellos factores de protección relacionados con la resiliencia.
2013	Antón-San Martín et al.	Factores de riesgo y protectores en el suicidio. Un estudio de casos y controles mediante la autopsia psicológica	Adulta	Conducta suicida	Estudio que determina los factores de riesgo y protectores del suicidio en la comarca de Antequera (Málaga), realizado en un estudio de caso y controles a través de la autopsia psicológica.

2013	Cortés.	Conducta suicida, adolescencia y riesgo	Adolescente	Ideación y Conducta suicida	Estudio de revisión de los factores de riesgo y predisponentes de la conducta suicida en adolescentes.
2013	Vianchá, Bahamón y Alarcón.	Variables psicosociales asociadas al intento suicida, ideación suicida y suicidio en jóvenes.	Infanto-juvenil	Intento, ideación y conducta suicida	Estudio de revisión del suicidio en jóvenes y de las variables psicosociales asociadas.
2012	Cornellá i Canals.	Conducta autodestructiva en el adolescente. Suicidio, su prevención.	Adolescente	Conducta autodestructiva, intento de suicidio y conducta suicida	Estudio de congreso de las conductas autodestructivas, suicidas, intención suicida y su prevención.
2012	Grupo de Autores.	Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida.	Infanto-juvenil, adulta y anciana	Ideación, intención y conducta suicida	Guía clínica del sistema sanitario español sobre prevención y tratamiento de suicidio en diferentes periodos de edad, que abarca factores de riesgo y protectores, evaluación, tratamiento y prevención.
2012	Romero.	La depresión y el suicidio en niños y adolescentes	Infanto-juvenil	Ideación e intención suicida	Artículo de revista de cómo afecta la depresión en el suicidio en niños y adolescentes. Incluye factores de riesgo y precipitantes.
2012	Zelaya de Migliorisi, Piris de Almirón y Migliorisi.	Intentos de suicidio en niños y adolescentes. ¿Máscara de Maltrato Infantil?	Infanto-juvenil	Intención suicida	Estudio descriptivo y retrospectivo de casos de intentos de suicidio en niños y adolescentes del Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñu.

2011	Cañón.	Factores de riesgo asociados a conductas suicidas en niños y adolescentes	Infanto-juvenil	Conducta suicida	Estudio de revisión de los factores de riesgo asociados a conductas suicidas.
2011	García-Nieto et al.	Protocolo breve de evaluación del suicidio: fiabilidad interexaminadores	No específica	Conducta suicida	Estudio de investigación con el objetivo de valorar un instrumento de evaluación de la conducta suicida.
2010	Bella, Fernández, y Willington.	Intento de suicidio en niños y adolescentes: depresión y trastorno de conducta disocial como patologías más frecuentes	Infanto-juvenil	Intención suicida	Estudio transversal de la frecuencia de los trastornos mentales y del comportamiento, método utilizado y antecedentes psicopatológicos previos.
2010	Bella, Fernández y Willington.	Identificación de factores de riesgo en intentos de suicidio en niños y adolescentes	Infanto-juvenil	Intención suicida	Estudio prospectivo de los factores de riesgo en niños y adolescentes hospitalizados por intento de suicidio.
2010	Grupo de autores	Guía de práctica clínica sobre la depresión mayor en la infancia y la adolescencia	Infanto-juvenil	Intención y conducta suicida	Guía clínica del sistema sanitario español sobre la depresión mayor abarcando el suicidio en la infancia y adolescencia
2010	Pérez-Amezcuca et al.	Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en	Adolescente	Ideación e intención suicida	Estudio transversal de la prevalencia y factores asociados del suicidio adolescente

		adolescentes de educación media superior de la República mexicana			
2009	Miranda de la Torre, Cubillas, Román y Abril.	Ideación suicida en población escolarizada infantil: factores psicológicos asociados	Infantil	Ideación suicida	Estudio descriptivo comparativo de los factores psicológicos asociados a la ideación suicida
2008	Grupo de autores	Boletín epidemiológico de salud mental. Evaluación del riesgo suicida en la práctica médica	Infanto-juvenil y adulta	Ideación e intención suicida	Boletín de la Secretaria de salud Departamental de Huila centrado en la evaluación, detección y atención suicida
2007	Pérez-Olmos, Rodríguez-Sandoval, Dussán-Buitrago, y Ayala-Aguilera.	Caracterización psiquiátrica y social del intento suicida atendido en una clínica infantil, 2003-2005	11 a 18 años	Intención suicida	Estudio retrospectivo para la caracterización psiquiátrica y social del intento suicida
2007	Palacios-Espinosa, Barrera, Ordóñez y Peña.	Análisis bibliométrico de la producción científica sobre suicidio en niños en el periodo 1985-2005	Infantil	Ideación, intención y conducta suicida	Estudio de revisión de la producción científica del suicidio infantil
2006	Hernández-Cervantes y Gómez-Maqueo.	Evaluación del riesgo suicida y estrés asociado en adolescentes estudiantes mexicanos	13 a 18 años	Ideación e intención suicida	Estudio de validación y correlación sobre la evaluación del riesgo suicida y estrés asociado

2005	Cabrejos, Krüger y Samalvides.	Intento de suicidio en niños y adolescentes, sus características biopsicosociales y diagnósticos psiquiátricos	Infanto-juvenil	Intención suicida	Estudio descriptivo y prospectivo del intento suicida, características biopsicosociales y diagnósticos psiquiátricos
2005	Robles, Páez, Ascencio, Mercado y Hernández	Evaluación del riesgo suicida en niños: propiedades psicométricas de la versión en castellano del Cuestionario de Riesgo Suicida (RSQ)	Infantil	Ideación e intención suicida	Estudio que determina la validez y fiabilidad de la versión española del Cuestionario de Riesgo Suicida (RSQ)
2002	Lecrubier.	La influencia de la comorbilidad en la prevalencia de la conducta suicida	No especificado	Ideación, intención y Conducta suicida	Estudio epidemiológico de la influencia de la comorbilidad en la conducta suicida
2002	Peña, Casas, Padilla de la Cruz, Gómez y Gallardo.	Comportamiento del intento suicida en un grupo de adolescentes y jóvenes	Adolescente y juvenil	Intención suicida	Estudio descriptivo sobre el intento suicida de pacientes ingresados en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Militar "Dr. Octavio de la Concepción y de la Pedraja"
2001	Niméus, Alsé y Träskman-Bendz.	La Escala de Evaluación del Suicidio: un instrumento que evalúa el riesgo de suicidio de	Adulta	Intención suicida	Estudio descriptivo sobre si la Escala de Evaluación del suicidio evalúa el riesgo de suicidio

		personas que han intentado quitarse la vida			
1999	Soler y Gascón	Recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales	Infanto-juvenil y adulta	Ideación, tentación y conducta suicida	Guía de recomendaciones terapéuticas del Comité de Consenso de Catalunya en terapéutica de los trastornos mentales que abarca toda la conducta suicida

