

Parámetros Prácticos para la Evaluación y Tratamiento de Niños y Adolescentes con Comportamiento Suicida

De otras revistas

Autores

Estos parámetros fueron desarrollados por David Shaffer, MD, Cynthia R. Pfeffer MD y el grupo de trabajo en parámetros de calidad: William Bernet, MD, presidente, Valerie Arnold, MD, Joseph Beitchman, MD, R. Scott Benson, MD, Oscar Bukstein, MD, Joan Kinlan, MD, Jon McClellan, MD, David Rue, MD, y Jon Shaw, MD. AACAP staff: Kristin Kroeger.

El texto completo de estos parámetros fue revisado en 1999, en la Reunión Anual de la American Academy of Child and Adolescent Psychiatry y fue aprobado por el Consejo de la AACAP el 17 de octubre de 2000.

Resumen

Estas guías revisan los datos conocidos sobre la epidemiología, las causas, el manejo y la prevención del suicidio y de los intentos de suicidio en los jóvenes. Se proveen guías detalladas sobre la valoración y el manejo de emergencia de niños y adolescentes que se presentan con comportamiento suicida. Estas guías también presentan sugerencias sobre cómo el clínico puede interactuar con la comunidad. Se examinan líneas telefónicas de crisis, restricción de métodos, programas educacionales, y estrategias de rastreo y hallazgo de casos en la prevención del suicidio, y el clínico es asesorado sobre consultoría en los medios de comunicación. Se discuten las intervenciones en la comunidad luego de un suicidio, la minimización del contagio o la imitación del suicidio, y el entrenamiento de médicos de atención primaria y recepcionistas, para reconocer y derivar al niño y adolescente potencialmente suicida. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 2001, 40(7 Supplement):24S-51S.

Palabras clave

Suicidio
Niños
Adolescentes
Intentos de suicidio
Guías prácticas
Prevención del suicidio
Ideación suicida
Trastornos del humor

El comportamiento suicida es tema de gran preocupación para los clínicos que tratan problemas de salud mental de niños y adolescentes. La incidencia de intentos de suicidio alcanza un pico en la mitad de la adolescencia, y la mortalidad por suicidio, que se incrementa constantemente a lo largo de la adolescencia, es la tercera causa de muerte a esa edad. Los

clínicos necesitan saber cómo identificar a los que tienen alto riesgo de suicidio entre un gran número de pacientes que han intentado el suicidio y tienen un pronóstico benigno; cómo brindar tratamiento al paciente suicida; cómo asesorar y aconsejar al niño, al adolescente, y a los padres sobrevivientes de suicidas individuales; y cómo brindar consultoría experta para las autoridades de la educación y salud pública sobre direcciones apropiadas e inapropiadas para los programas de prevención del suicidio. Estos parámetros fueron escritos para ayudar a los clínicos en la valoración y tratamiento de niños y adolescentes que exhiben comportamiento suicida o importante ideación suicida.

Resumen ejecutivo

Este resumen brinda un panorama de las recomendaciones para valoración y tratamiento contenidas en los Parámetros Prácticos para la Evaluación y Tratamiento de Niños y Adolescentes con comportamiento suicida. Este resumen incluye muchos de los más importantes puntos y recomendaciones que están en estas guías prácticas. Sin embargo, el tratamiento y la valoración de pacientes suicidas requiere la consideración de muchos factores importantes que no pueden ser abarcados completamente en un resumen, por lo que se alienta al lector a revisar el documento completo. Cada recomendación del resumen ejecutivo se identifica como dentro de una de las siguientes categorías de endoso, indicadas por la abreviatura entre paréntesis siguiendo a la oración correspondiente. Estas categorías indican el grado de importancia o de certeza de cada recomendación.

“Estándares Mínimos” [MS] son recomendaciones que están basadas en evidencia empírica sustancial (como ensayos bien controlados y doble-ciego) o consensos clínicos abrumadores.

Traducción:
Dra. Carina Ricciardi

Se espera que los estándares mínimos se apliquen en más del 95% de los casos, o sea en casi todos los casos. Cuando el médico práctico no sigue este estándar en un caso particular, el registro médico debería indicar la razón.

“Guías Clínicas” [CG] son recomendaciones que están basadas en evidencia empírica (como ensayos abiertos, estudios de casos) y/o fuerte consenso clínico. Las guías clínicas se aplican en aproximadamente 75% de los casos. Estas prácticas deberían ser consideradas siempre por el clínico, pero hay excepciones a su aplicación.

“Opciones” [OP] son prácticas aceptables pero no requeridas. Puede haber insuficiente evidencia clínica para recomendar estas prácticas como estándares mínimos o guías clínicas. En algunos casos pueden constituir la ocasión perfecta, pero en otros deberían ser evitadas. Si es posible, los parámetros prácticos explicarán los pro y los contra de estas opciones.

“No Respaldo” [NE] se refiere a prácticas conocidas como inefectivas o contraindicadas.

Suicidio

El suicidio, extremadamente raro antes de la pubertad, se vuelve crecientemente frecuente a lo largo de la adolescencia. Aproximadamente 2.000 adolescentes en Estados Unidos se suicidan cada año.

Los factores que predisponen al suicidio consumado son muchos, e incluyen trastornos psiquiátricos preexistentes y factores facilitadores biológicos y psicosociales. Una abrumadora proporción de adolescentes que cometieron suicidio (más del 90%) sufrían de un trastorno psiquiátrico asociado al momento de su muerte. Más de la mitad habían sufrido un trastorno psiquiátrico por al menos dos años.

Eventos estresantes a menudo preceden a los suicidios adolescentes, incluyendo la pérdida de una relación romántica, problemas de disciplina en la escuela, problemas con la ley, o dificultades académicas o familiares.

Estos estresores pueden derivar del trastorno mental subyacente (por ejemplo, problemas

con la ley) o pueden ser salidas normativas de eventos incontrolables (por ejemplo, una muerte en la familia) a los que el adolescente con un trastorno mental puede no ser capaz de afrontar. Un adolescente con un trastorno mental subyacente puede estar enfrentado con un mayor número de eventos estresantes que el adolescente promedio. O puede percibir los eventos que ocurren como más estresantes.

El suicidio es mucho más común en adolescentes y jóvenes masculinos que femeninos (la relación crece de 3:1 en los raros suicidios prepuberales, a aproximadamente 5.5:1 en los de 15 a 24 años), pero muchos de los factores de riesgo son los mismos para ambos sexos. Los trastornos del humor, la pobre comunicación padre-hijo, y un intento de suicidio previo, son factores de riesgo para suicidio en varones y mujeres, aunque un intento de suicidio previo es más predictivo en los varones. El abuso de sustancias y/o alcohol incrementa significativamente el riesgo de suicidio por encima de los 16 años. La patología familiar y la historia familiar de comportamiento suicida también pueden incrementar el riesgo, y deben ser investigadas.

Los afro-americanos usualmente tienen una tasa de suicidio más baja que los blancos, pero la tasa de suicidio de los adolescentes afro-americanos y de los hombres adultos jóvenes se ha incrementado rápidamente. Los jóvenes nativos americanos y nativos de Alaska han tenido históricamente una tasa muy alta de suicidios. La tasa de intento de suicidio de los jóvenes hispanicos es mayor que la de los jóvenes blancos y afro-americanos. Los clínicos deberían considerar el contexto cultural de un joven suicida y valorar las actitudes culturales en la comunidad del joven. Sin embargo, las diferencias étnicas en la tasa de suicidio puedan reflejar contagio en grupos aislados más que diferencias culturales.

Ideación suicida

Los pensamientos suicidas son comunes en niños y adolescentes de ambos géneros y para nada están asociados con otros rasgos de psicopatología. Usualmente vienen a la atención clínica cuando se enuncian como amenazas.

Los trastornos destructivos incrementan el riesgo de ideación suicida en varones de doce años y menores, y el uso de sustancias o la ansiedad de separación puede provocar que adolescentes con ideas suicidas de ambos sexos intenten el suicidio. Los trastornos del humor y de ansiedad incrementan el riesgo de ideación suicida. Los ataques de pánico son un factor de riesgo para ideación o intentos en las mujeres, mientras que la agresividad incrementa el riesgo de ideación o intento de suicidio en los varones. Los adolescentes que intentan el suicidio pueden diferir de los que tienen ideas suicidas en que los primeros tienen desesperanza, aislamiento e ideación suicida más intensos y persistentes, y negativa a discutir sus pensamientos suicidas.

Intento de suicidio

Los trastornos del humor (particularmente el trastorno depresivo mayor de inicio temprano), los trastornos de ansiedad, el abuso de sustancias, el comportamiento de huida, incrementan independientemente el riesgo de intentos de suicidio en ambos sexos. Los intentos de suicidio son más comunes en el sexo femenino que en el masculino (aproximadamente 1.6:1).

Los intentos de suicidio son considerablemente menos comunes que las ideas suicidas, pero son la queja de presentación en una importante proporción de adolescentes derivados a profesionales de la salud mental. Se estima que, cada año, aproximadamente 2 millones de adolescentes de Estados Unidos intentan el suicidio, y casi 700.000 reciben atención médica por su intento.

Los adolescentes que intentan el suicidio son mucho más proclives a tener psicopatología asociada que los que sólo tienen ideas suicidas, especialmente un trastorno del humor, pero los intentos a menudo ocurren en el contexto de una reacción adaptativa relativamente breve.

Haber cometido un intento de suicidio previo incrementa mucho el riesgo de que un varón eventualmente se suicide, pero el efecto predictivo es menos sustancial en mujeres. Sólo la mitad de todos los que consuman el suicidio han hecho un intento de suicidio conocido

antes de su muerte; sin embargo, nuestra información sobre intentos previos permanece incompleta, ya que muchos intentos no son reportados. Los jóvenes homosexuales y bisexuales están en riesgo incrementado de intentos de suicidio, teniendo a menudo múltiples factores de riesgo (depresión, intentos de suicidio previos, abuso de sustancias, victimización sexual, conflictos familiares, y ostracismo en la escuela), como lo están los adolescentes que han sido víctimas de abuso sexual o físico infantil.

Aun el clínico más entrenado puede encontrar difícil diferenciar entre el comportamiento suicida benigno y el ominoso. Muchos adolescentes que han hecho un intento de suicidio médicamente serio, nunca lo reiterarán, mientras que otros que han cometido lo que parecía sólo un leve “gesto”, pueden eventualmente suicidarse. El término “gesto”, usado por algunos clínicos para denotar una acción destructiva no letal que se considera un pedido de ayuda o una manipulación sin intenciones serias, es, por lo tanto, engañoso, porque minimiza el riesgo potencial para futuro comportamiento suicida. Uno no puede medir el futuro comportamiento suicida. Sin embargo, la investigación ha brindado algunos indicadores amplios sobre factores de riesgo y la valoración de los que intentan (tablas 1 y 2) que necesitan ser considerados por todos los clínicos [MS].

Tabla 1

Factores de alto riesgo para suicidio en adolescentes
Sexo masculino, mayor riesgo que el femenino
Entre los varones:
Intentos de suicidio previos
Edad 16 o más
Trastorno del humor asociado
Abuso de sustancias asociado
Entre las mujeres:
Trastornos del humor
Intentos de suicidio previos
Riesgo inmediato se predice por agitación y trastorno depresivo mayor

Valoración

La valoración de los pacientes suicidas requiere una evaluación del comportamiento suicida y la determinación del riesgo de muerte o repetición, así como una valoración del diagnóstico subyacente o los factores desencadenantes.

Identificación del riesgo

Los clínicos deberían estar alertas acerca de que los adolescentes que intentan el suicidio están en mayor riesgo de un ulterior suicidio (Tabla 2) [MS]. Estos son los adolescentes mayores (16 a 19 años) y los varones, o los de cualquier género y edad con un trastorno mental actual o un estado mental alterado, como depresión, manía o hipomanía, o estados mixtos, especialmente complicados por comorbilidad por abuso de sustancias, irritabilidad, agitación o psicosis. También están en mayor riesgo los que intentan suicidio y han hecho intentos previos, los que han usado métodos diferentes a la ingestión o cortes superficiales, y los que aún quieren morir.

Los clínicos deberían valorar la suicidalidad de los adolescentes deprimidos (es decir, si han pensado sobre el suicidio y cuán a menudo, y si alguna vez han intentado suicidarse). Si en un adolescente deprimido están presentes la ideación suicida o el comportamiento suicida, él o ella deberían continuar siendo monitorizados [MS].

La información de la valoración debería siempre ser obtenida de varias fuentes, incluyendo el niño o el adolescente, los padres o tutores, reportes escolares, y cualquier otro individuo cercano al joven. Los cuestionarios y escalas estructuradas o semi-estructuradas, ya sean administrados por el clínico o auto administrados por el niño o adolescente, tienen limitado valor predictivo. Pueden complementar pero nunca sustituir una completa valoración, o algún aspecto de esta.

Tratamiento

El tratamiento debe acompañar el manejo agudo del comportamiento suicida con el tratamiento de los trastornos mentales asociados.

Manejo agudo

El personal de emergencia y crisis debería establecer una relación con el individuo suicida y su familia, así como la importancia del tratamiento [MS].

Tabla 2

Lista para valoración de niños o adolescentes que intentan suicidio en sala de emergencia o centro de crisis

Intentos de autoeliminación con mayor riesgo suicida
Historia suicida
Aún pensando en el suicidio
Han hecho un intento previo
Demográficos
Masculino
Vive solo
Estado mental
Depresivo, maniaco, hipomaniaco, severamente ansioso, o tiene una mezcla de estos estados
Abuso de sustancias solo o en asociación con un trastorno del humor
Irritable, agitado, violencia amenazante a otros, delirante, alucinando
No dar de alta a estos pacientes sin evaluación psiquiátrica
Buscar signos de depresión clínica
Humor deprimido la mayoría del tiempo
Pérdida de interés o placer en actividades usuales
Pérdida o ganancia de peso
No puede dormir o duerme demasiado
Inquieto o enlentecido
Fatiga, pérdida de energía
Se siente inútil o culpable
Baja autoestima, desilusionado consigo mismo
Siente desesperanza sobre el futuro
No se puede concentrar, indeciso
Ideas de muerte recurrentes
Irritable, molesto por pequeñas cosas
Buscar signos de manía o hipomanía
Humor eufórico, expansivo o irritable
Autoestima exagerada, grandiosidad
Disminución de la necesidad de sueño
Más conversador que lo habitual, discurso acelerado
Aceleración del pensamiento
Cambios abruptos de tema cuando habla
Distraíble
Excesiva participación en múltiples actividades
Agitado o inquieto
Hipersexual, gasta tontamente, comentarios desinhibidos

Fuente: American Foundation for Suicide Prevention (1999), Today's suicide attempter could be tomorrow's suicide (poster). New York: American Foundation for Suicide Prevention, 1-888-333-AFSP.

Aunque no ha habido ensayos controlados randomizados para determinar si hospitalizar a pacientes que intentan y tienen alto riesgo de suicidio salva vidas, los clínicos deberían estar preparados para admitir a pacientes que intentan suicidarse que expresan un deseo persistente de morir o tienen un estado mental claramente anormal [MS]. El tratamiento con internación debería continuar hasta que su estado mental o su nivel de suicidalidad se hayan estabilizado.

Independientemente de la aparente levedad del comportamiento suicida del paciente, el clínico debe obtener información de un tercero. El alta puede ser considerada si el clínico está satisfecho en cuanto a que estará bajo adecuada supervisión y apoyo por los próximos días, y si un adulto responsable ha acordado “sanear” el ambiente, asegurando o disponiendo de medicamentos potencialmente letales y armas de fuego [MS].

El elemento más común usado por los adolescentes para cometer suicidio en los Estados Unidos es un arma de fuego. La ingestión de medicación es el método más común que usan los adolescentes para intentar el suicidio. La disponibilidad y la presencia en el hogar de armas de fuego y medicación letal debe ser determinada durante la evaluación, y se debe decir explícitamente a los padres que quiten las armas de fuego y la medicación letal [MS]. Es valioso para el clínico advertir al adolescente (y a los padres) sobre los peligrosos efectos desinhibitorios del alcohol y otras drogas [CG].

El valor de los “contratos de no-suicidio”, en los cuales el niño o adolescente acuerda no comprometerse en comportamientos auto-agresivos y decirle a un adulto si él o ella está teniendo urgencias suicidas, no es conocido. El niño o adolescente puede no estar en un estado mental adecuado para aceptar o entender el contrato, y la familia y el clínico no deberían descuidar su vigilancia simplemente porque se ha firmado un contrato.

Si es posible, se debería agendar una cita para que el niño o adolescente sea visto para una evaluación más completa antes de darle el alta de la sala de emergencia. Si esto no es posible, debería obtenerse un contacto telefónico con un padre u otro cuidador, y se debería establecer un procedimiento para que

el personal clínico inicie el contacto, si no ha sido contactado por el padre por un período razonable [MS].

El clínico que trate al niño o adolescente suicida durante los días siguientes a un intento, debería estar disponible para el paciente y la familia (por ejemplo, para recibir y efectuar llamadas telefónicas fuera de las horas terapéuticas) o bien tener adecuada cobertura médica si está ausente [MS], debería tener experiencia en el manejo de crisis suicidas [MS], y debería tener apoyo disponible para él o ella [CG].

Una vez que se establece la alianza terapéutica y el adolescente concurre a las primeras sesiones de tratamiento, es más probable que él o ella continúe el tratamiento.

Psicoterapias

La psicoterapia, un componente importante del tratamiento para los trastornos mentales asociados al comportamiento suicida, debería ser ajustada en forma personalizada a las necesidades particulares del niño o el adolescente [MS]. La psicoterapia cognitivo-conductual (CBT), la psicoterapia interpersonal para adolescentes (IPT-A), la psicoterapia dialéctica-comportamental (DBT), la psicoterapia psicodinámica y la terapia familiar son todas opciones [OP].

Psicofarmacología

Como con las psicoterapias, la psicofarmacología para tratar el comportamiento suicida debería ser implementada a la medida de las necesidades específicas del niño o el adolescente. El litio reduce significativamente la tasa de suicidios e intentos de suicidio en adultos con trastorno bipolar. La discontinuación del tratamiento con litio en pacientes bipolares se asocia con un incremento en la morbilidad y mortalidad por suicidio.

Los inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS) reducen la ideación suicida y los intentos de suicidio en adultos no deprimidos con trastornos de personalidad del grupo B. Son seguros en niños y adolescentes, tienen baja letalidad, y son efectivos para tratar la depresión en niños y adolescentes no suicidas. Ha habido algunos reportes que establecen que los ISRS podrían tener un efecto desinhibitorio

(especialmente en pacientes con acatisia inducida por ISRS) e incremento de la ideación suicida en un pequeño número de adultos no previamente suicidas. Es necesaria una investigación controlada adicional, para determinar si existe tal asociación en niños y adolescentes. Sin embargo, es prudente monitorizar cuidadosamente a los niños y adolescentes que reciben ISRS para asegurarse si aparece ideación suicida nueva o acatisia [MS].

Los antidepresivos tricíclicos no deberían prescribirse como primera línea de tratamiento para el niño o adolescente suicida [NE]. Son potencialmente letales, debido a la pequeña diferencia entre niveles terapéuticos y tóxicos de la droga, y no han sido probados efectivos en niños o adolescentes.

Otros medicamentos que pueden incrementar la desinhibición y la impulsividad, tales como benzodiazepinas y fenobarbital, deberían ser prescritos con cautela [OP]. Casi todos los medicamentos prescritos al niño o adolescente suicida deben ser cuidadosamente vigilados por un tercero, y cualquier cambio en el comportamiento o efectos secundarios deben ser reportados inmediatamente [MS].

Prevención

Las aproximaciones de salud pública a la prevención del suicidio han focalizado en los niños o adolescentes suicidas, los adultos que interactúan con ellos, sus amigos, los pediatras y los medios.

Los adolescentes pueden estar al tanto de la existencia de líneas telefónicas de crisis [OP]. Aunque son ampliamente usadas, estudios tempranos, con deficiencias metodológicas, fallaron en demostrar que las líneas telefónicas de crisis reducen la incidencia de suicidio. Pero sería inteligente asumir que su valor permanece no testado. La investigación ha puesto de manifiesto algunas deficiencias de las líneas telefónicas de crisis, pero se requiere nuevos estudios para determinar si la corrección de estos problemas puede incrementar su efectividad.

Las medidas de salud pública, tales como restringir el acceso de los jóvenes a las armas de fuego, pueden resultar en una reducción a

corto plazo en las tasas de suicidio, pero aún no hay evidencia de que este efecto sea duradero [OP]. La elevación de la edad mínima legal para beber alcohol para los adultos jóvenes parece reducir la tasa de suicidio en el grupo etario afectado.

Los programas de toma de conciencia sobre el suicidio en las escuelas frecuentemente minimizan el papel de la enfermedad mental y, aunque son diseñados para alentar la apertura de los estudiantes o la apertura a terceros de sus amigos, no han demostrado ser efectivos ni en reducir el comportamiento suicida ni en incrementar el comportamiento de búsqueda de ayuda.

Dado que los programas curriculares de toma de conciencia sobre el suicidio confunden a algunos estudiantes de alto riesgo, una aproximación más segura sería focalizar en las características clínicas de la depresión u otras enfermedades mentales que predisponen a la suicidalidad. En ausencia de evidencia de lo contrario, las charlas y conferencias sobre suicidio para grupos de niños y adolescentes de clases regulares deberían ser desalentadas [NE]. Esto es debido a su propensión a activar ideación suicida en adolescentes perturbados cuya identidad no es usualmente conocida por el instructor. Los programas de rastreo y educación sobre suicidio para los adolescentes, que no incluyen procedimientos para evaluar y derivar a jóvenes identificados con ideación suicida o intentos, no están recomendados [NE]. Los programas de rastreo directo pueden identificar a aquellos con factores de riesgo subyacentes para una ulterior evaluación clínica [OP].

Los médicos de atención primaria, consejeros, u otros que pueden carecer de tiempo, recursos o entrenamiento para evaluar el estado mental del niño o adolescente, deberían usar cuestionarios auto-administrados para rastrear depresión, preocupaciones suicidas y comportamiento suicida previo en su consultorio [CG]. Hay amplia evidencia de que en la adolescencia mediana a tardía –el grupo de mayor riesgo para intentos de suicidio y suicidios consumados– revelarán esta información si son preguntados directamente. Esta práctica puede ser recomendada especialmente para médicos de familia, pediatras, consejeros escolares, profesionales de la justicia juvenil,

y psicólogos que desean encuestar poblaciones de adolescentes en alto riesgo de suicidio. Los identificados como en riesgo, deberían ser derivados para ulterior evaluación y tratamiento, si es necesario, y recibir apoyo y seguimiento (esto es, llamadas telefónicas, personal tratante del caso, si está disponible) durante el período de transición.

Los clínicos involucrados en la práctica de salud pública, deberían ser capaces de aconsejar a reporteros de los medios y editores sobre los peligros de la cobertura excesiva de suicidios individuales [OP].

Finalmente, los médicos de atención primaria y recepcionistas deberían estar entrenados para reconocer los factores de riesgo para suicidio y el comportamiento suicida y, de ser necesario, derivar a un clínico de salud mental [CG].

Postvención

Luego de un suicidio, los parientes, amigos y docentes del niño o adolescente que se suicidó, pueden beneficiarse de una intervención para facilitar el duelo, reducir la culpa y la depresión, y disminuir los efectos de la culpa y el trauma. También puede haber una llamada para intervenir con el fin de minimizar el riesgo de suicidios por imitación, pero no hay acuerdo sobre cómo debería hacerse esto [CG].

Revisión de la literatura

La literatura sobre el comportamiento suicida de niños y adolescentes ha surgido desde la década de los 80. Se revisaron artículos de revistas y libros publicados desde 1980 hasta febrero de 2000 a través de una búsqueda en la Biblioteca Nacional de Medicina con los temas "suicidio" y "comportamiento suicida" en niños y adolescentes. Dando como resultado una lista de más de 20.000 publicaciones en PSYCInfo, Healthstar y Medline durante este período. Se citan sólo los artículos más relevantes debido al reducido espacio disponible. Las referencias clave son marcadas con un asterisco. Los autores también obtuvieron material de su experiencia y conocimiento

clínico, trabajos escritos e investigación en esta área.

Revisión histórica

Hasta finales de los 50, la literatura sobre suicidio estaba confinada a revisión de casos, revisión de la demografía del suicidio derivada de datos de certificados de defunción, y especulación sobre la dinámica de este comportamiento. A finales de los 50 se llevó a cabo la primera autopsia psicológica sistemática por Eli Robins y sus colegas (1959) en la universidad de Washington, St. Louis, seguida por estudios similares usando las mismas técnicas en otros países. Estos estudios constituyeron una piedra angular, porque aportaron evidencia sobre la importancia del trastorno psiquiátrico como causa próxima de la mayoría de los suicidios.

En los 60 comenzó un período de incremento en los suicidios de varones jóvenes que continuó por tres décadas (National Center For Health Statistics, 1999). Aunque el período fue marcado por un creciente movimiento de prevención del suicidio en los Estados Unidos, con énfasis en los servicios de intervención en crisis, emergió relativamente poca información de investigación.

A inicios de los 80, la tasa de suicidio en adolescentes blancos varones se había más que duplicado (National Center For Health Statistics, 1999), y esto atrajo la atención pública. La ocurrencia de varios suicidios agrupados ("clusters") entre niños y adolescentes alarmó al público en general y estimuló los esfuerzos para desarrollar métodos de comprensión y prevención del suicidio joven. Un grupo de trabajo de expertos clínicos e investigadores fue reunido por el Departamento de Salud y Servicios Humanos del Servicio de Salud Pública de Estados Unidos, para desarrollar políticas de reducción de las tasas de suicidio joven y su reporte fue publicado en 1989 (Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration, 1989). En esa época, se estaba llevando a cabo una investigación sistemática en varios centros diferentes, y gran parte de la investigación sobre suicidio de los 80 y los 90 focalizó en individuos suicidas menores de diecinueve años de edad. Florecieron los

estudios epidemiológicos y fenomenológicos; proliferaron los esfuerzos para la prevención del suicidio entre estudiantes de secundaria, mientras que, al mismo tiempo, las tasas de abuso de sustancias –casi seguramente un importante contribuyente al suicidio en este grupo etario– declinaron.

Es claro que tenemos una buena cantidad de información sustantiva sobre las características de las víctimas de suicidio, menos sobre niños y adolescentes que lo intentan, y poca información basada en evidencia sistemática sobre el tratamiento óptimo del niño o adolescente suicidas. Ha habido muy pocos ensayos randomizados controlados designados para valorar las diferentes formas de tratamiento. Como resultado, muchas de las sugerencias para el manejo clínico que se presentan en estas guías están basadas en la experiencia y observaciones de clínicos que han tratado esta afección común. El clínico debería tener claro que ésta es una situación en la cual hay ausencia de investigación, y no una en la que la investigación adecuada haya producido hallazgos ambiguos o negativos. La impresión de muchos clínicos es que la mayoría de los que intentan suicidio y sus familias se benefician de la intervención directa dictada por el estado mental del niño o adolescente y las circunstancias de la familia.

Suicidio

Epidemiología

Edad

En 1997, la tasa de suicidio específica entre los diez y los catorce años de edad, era 1,6 por 100.000 (National Center for Health Statistics, 2000). Aunque el grupo entre diez y catorce años de edad representaba el 7% de la población de Estados Unidos, los 330 suicidios infantiles ocurridos entre ellos representaban sólo 1% de todos los suicidios, ocurriendo la mayoría de las muertes en este grupo en jóvenes de doce a catorce años de edad.

En 1997, la tasa de mortalidad por suicidio entre los quince y los diecinueve años de edad fue 9.5 por 100.000 (National Center for Health Statistics, 2000). Esto es, aproximadamente

seis veces más alta que para el grupo etario más joven. La tasa de suicidio entre los varones fue 15.2 por 100.000, y entre adolescentes mujeres, 3.4 por 100.000. La proporción de suicidios que ocurrió en este grupo etario (6,6% de la población general) se aproxima a la proporción de este grupo en la población general (6%).

En 1997, la tasa de mortalidad por suicidio de veinte a veinticuatro años de edad fue 13,6 por 100.000 (National Center for Health Statistics, 2000). Este grupo etario representa 7% de la población total pero da cuenta del 8% de todos los suicidios.

Las tasas de suicidio (1997) en la infancia y la adolescencia, agrupadas por diferentes géneros y grupo étnico, se muestran en la Figura 1.

Globalmente, aproximadamente 2.000 adolescentes en Estados Unidos (de trece a diecinueve años de edad) se suicidan cada año (National Center for Health Statistics, 2000).

Género

En Estados Unidos la relación masculino a femenino para suicidio en varones jóvenes es aproximadamente 3:1, pero de aquí en más la tasa se incrementa rápidamente para los varones y sólo levemente para las mujeres, de modo que entre los 15 y los 19 años es de 4.5:1 y entre los 20 y los 24 años es mayor a 6:1 (National Center for Health Statistics, 2000).

Cambios seculares

Durante las tres décadas entre inicios de los 60 y fines de los 80, la tasa de suicidio entre varones de 15 a 19 años se triplicó. Este incremento no fue universal, y hubo muy poco cambio en la tasa femenina. Mientras que la tasa entre los diez y catorce años de edad (National Center for Health Statistics, 1999) se ha duplicado desde 1979, esta tasa es muy baja, de modo que grandes incrementos proporcionales pueden resultar de un muy bajo incremento en número de casos (ver Figura 2 para más detalles).

Las tasas de suicidio adolescente se han incrementado para varones blancos y afro-americanos desde inicios de los 60 (National

Center for Health Statistics, 1999). La tasa entre los blancos alcanzó un pico en 1987 y ha declinado desde entonces. La tasa de suicidio masculino afro-americano se ha incrementado dramáticamente a partir de 1986, pero desde 1994 también ha declinado. Las fluctuaciones en la tasa de suicidio parecen ser reales, más que debidas a cualquier artefacto metodológico

(por ejemplo, debidas a cambios en las prácticas de reporte), porque la tasa de muertes indeterminadas (ya sean suicidas o accidentales), cambió paralelamente.

Las razones sugeridas para el incremento en el comportamiento suicida entre varones adolescentes son: incrementada disponibilidad de armas de fuego (Boyd y Moscicki, 1986;

Figura 1

Tasas de suicidio poblacionales por 100.000 (edades 10-24), 1997. Fuente: National Center for Health Statistics (1999).

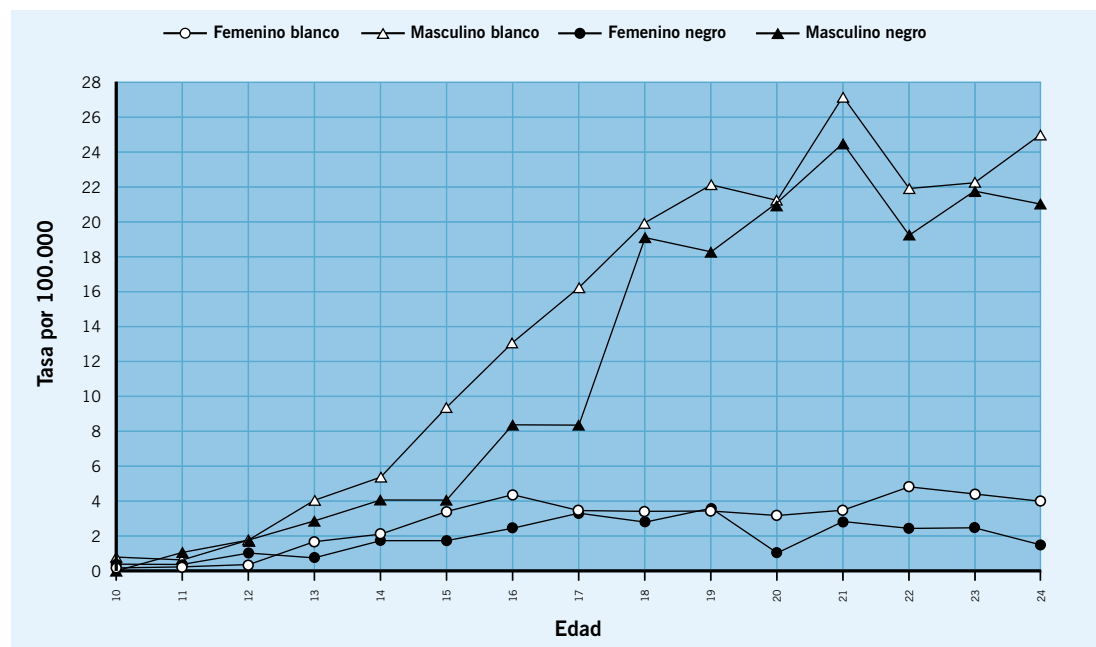
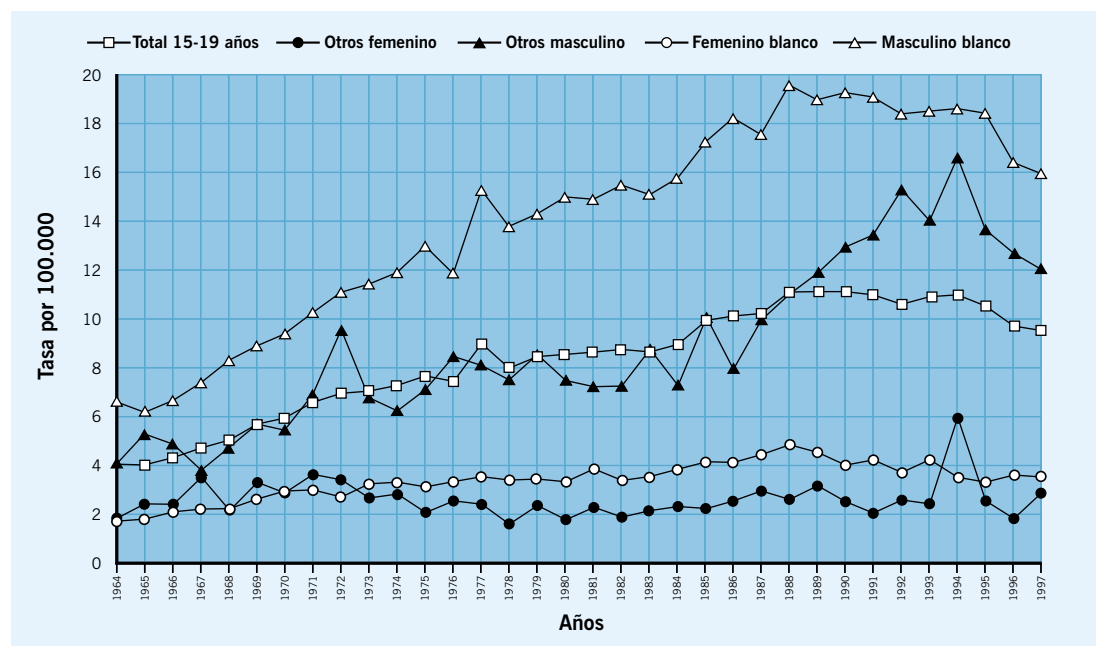


Figura 2

Tasas de suicidio adolescente poblacionales por 100.000 (edades 15-19), 1964-1997. El grupo 'otros' incluye todos los no blancos. Fuentes: National Center for Health Statistics (1999); National Center for Health Statistics (2000).



Brent y col., 1991) e incrementado uso de sustancias en la población joven (Brent y col., 1987). Brent encontró que era doblemente posible hallar armas de fuego en los hogares de adolescentes víctimas de suicidio que en los hogares de pacientes que intentan o de controles psiquiátricos (Brent y col., 1991), y Brent y Kellermann encontraron que era mucho más probable hallar armas de fuego en los hogares de aquellos que consumaron el suicidio que en los hogares de los vecinos controles (Brent y col., 1993c; Kellermann y col., 1992). Sin embargo, no se sabe si, en ciertas comunidades, el poseer armas se asocia independientemente con otros factores de riesgo para suicidio y los hallazgos de Brent y otros estudios de colegas en el área de Pittsburgh no han sido reproducidos con adolescentes de otras regiones o de otros países.

Las armas cargadas eran factores de riesgo particularmente potentes para el pequeño número de suicidios sin psicopatología diagnosticada (Brent y col., 1993b; Kellermann y col., 1992). Las leyes que restringen el acceso a las armas de fuego, se asocian con una reducción significativa en las muertes no intencionales por armas de fuego en jóvenes por debajo de 15, pero el cambio en homicidios y suicidios es inconsistente (Cummings y col., 1997; Loftin y col., 1991).

Aunque la tasa de suicidio por arma de fuego se incrementó más que la tasa de suicidio por otros métodos (Boyd y Moscicki, 1986; Brent y col., 1987), las tasas de suicidio se incrementaron marcadamente en muchos otros países de Europa, en Australia, y en Nueva Zelanda, donde el suicidio por armas de fuego es raro. En Nueva Zelanda, por ejemplo, ha habido un alarmante incremento en el ahorcamiento. Por lo tanto, puede haber algún otro factor en juego en el incremento mundial en el suicidio de varones jóvenes. Aunque es posible, parece improbable que diferentes mecanismos pudieran operar coincidentemente para promover el fenómeno casi universalmente observado de incremento de riesgo de suicidio joven masculino.

Las razones ofrecidas para explicar la reciente declinación en las tasas de suicidio incluyeron: disminución de las tasas de uso de alcohol y sustancias entre los jóvenes (Centers for Disease

Control and Prevention, 1998) y el incremento en la prescripción de antidepresivos a los individuos con depresión, con un incremento mayor en la población de niños, adolescentes y adultos jóvenes (Olfson y col., 1998).

Geografía

Las tasas de suicidio en Estados Unidos son más elevadas en los Estados del oeste y en Alaska, y más bajas en los estados del sureste, del centro y norte, y del noreste. La relación de tasas para blancos versus afro-americanos, es más elevada en el Sur (Shaffer y col., 1994). Aunque las discrepancias regionales entre afro-americanos y blancos están disminuyendo, las tasas más bajas para suicidios blancos y afro-americanos permanecen en el Sur y el Noreste (Shaffer y col., 1994).

Métodos

Las armas de fuego son el método más común por el cual los americanos de todas las edades, etnias y géneros cometen suicidio. Sin embargo, hay algunas diferencias significativas entre géneros en el uso de otros métodos. Desde 1980 hasta 1995, los suicidios por armas de fuego se incrementaron entre los jóvenes varones, con el mayor incremento proporcional para los adolescentes varones afro-americanos (300%). El incremento en los suicidios en adolescentes por armas de fuego en los blancos fue de 29% (National Center for Health Statistics, 1999).

Mientras que Brent y col. (1987) encontraron que en las autopsias de los adolescentes que se habían suicidado con armas de fuego era cinco veces más probable que se revelaran niveles detectables de alcohol que en los que usaron otros métodos, estos hallazgos no fueron reproducidos en el Estudio de Suicidio Adolescente de Nueva York (Fisher y col., 1995). En la misma línea, no han sido demostradas conexiones específicas entre elección del método y tipo de psicopatología (por ejemplo, abuso de alcohol).

Los métodos usados para cometer suicidio muestran amplia variación geográfica. Esto puede reflejar diferente disponibilidad. Por ejemplo, en el norte y este de Estados Unidos, una zona con fuertes leyes de control de armas de fuego, éstas son usadas más a menudo

en áreas rurales, donde, presumiblemente, existen más armas de fuego disponibles con propósitos deportivos; saltar desde una altura es más prevalente en áreas urbanas, con sus altos edificios; y la asfixia por monóxido de carbono es más común en áreas suburbanas donde los adolescentes tienen acceso a autos y garajes.

Las ingestiones dan cuenta de aproximadamente el 16% de los suicidios femeninos entre los 15 y los 24 años, pero sólo del 2% de los suicidios en varones de esa edad (National Center for Health Statistics, 2000).

Características clínicas de los adolescentes que cometen suicidio

El suicidio consumado ocurre más comúnmente en adolescentes mayores, pero también puede ocurrir en niños tan jóvenes como de seis años de edad (Figura 1). Los estudios de autopsia psicológica (Brent y col., 1999; Marttunen y col., 1991; Shaffer y col., 1996a) muestran que aproximadamente 90% de los suicidios adolescentes ocurre en individuos con un trastorno psiquiátrico pre-existente. En aproximadamente la mitad de éstos, el trastorno psiquiátrico ha estado presente por dos o más años. Las formas más comunes de trastorno psiquiátrico encontradas en los suicidios consumados son: 1) alguna forma de trastornos del humor, que en los varones es a menudo comórbido con trastorno de conducta o abuso de sustancias, y 2) abuso de alcohol y/o sustancias, particularmente en varones mayores de quince años de edad. La comorbilidad entre diferentes trastornos es común. Muchos niños y adolescentes que cometieron suicidio eran notablemente irritables, impulsivos, volátiles, y proclives a las explosiones de agresión. Sin embargo, este patrón de comportamiento no es de ningún modo universal. Jóvenes ansiosos sin comorbilidad pueden no haber mostrado signos evidentes de disturbios, pueden haber sido excelentes estudiantes, y apreciados por sus pares. La muerte de tales adolescentes a menudo provoca una gran sorpresa a sus parientes y amigos, ya que eran conocidos como muy “buenos” jóvenes. Mientras que el perfeccionismo ha sido propuesto como un

factor de riesgo para ideación suicida (Hewitt y col., 1997), estudios recientes han fallado en demostrar que el perfeccionismo, distinto de la ansiedad anticipatoria, sea un predictor independiente de suicidio.

Aunque algunos adolescentes –predominantemente mujeres que sufren de un trastorno depresivo mayor– parecen tener pensamientos sobre el suicidio por algún tiempo y a menudo habrán hecho alguna preparación para su muerte, la mayoría de los suicidios adolescentes parecen ser impulsivos (Lucas y col., 1995). El suicidio es a menudo precedido por un evento estresante, como, por ejemplo, tener problemas en la escuela o con una agencia legal, una ruptura con un novio o novia, o una pelea entre amigos. En muchas instancias, estos eventos estresantes pueden ser vistos como subproductos de un trastorno mental subyacente.

También parece que un suicidio puede ser precipitado –en un joven ya presumiblemente suicida– por exposición a noticias del suicidio de otra persona o por leer o ver sobre un suicidio retratado románticamente en un libro, revista o periódico (Bollen y Philips, 1982; Gould y Shaffer, 1986; Hafner y Schmidtke, 1989).

Aproximadamente un tercio de los suicidas ha hecho un intento de suicidio previo conocido (Brent y col., 1999; Shaffer y col., 1996a). Los intentos previos son más comunes en las jóvenes y entre los suicidas que sufrían un trastorno del humor al momento de su muerte. El suicidio debe ser distinguido de la asfixia auto-erótica, que es la inducción de una deficiencia de oxígeno para incrementar la excitación sexual y el orgasmo (Johnstone y Huws, 1997). Sin embargo, las muertes auto-eróticas en adolescentes son raras (Shaffer y col., 1996a). Cuando efectivamente ocurren, las víctimas tienen otras formas de psicopatología, tales como depresión y abuso de sustancias (Sheehan y Garfinkel, 1988). Es posible, por lo tanto, que algunas muertes auto-eróticas sean erróneamente clasificadas como suicidios.

La mayoría de los pactos suicidas ocurre entre parejas casadas y/u otros miembros de la familia. Son más comunes en la mediana edad y en la población mayor (Brown y col.) y son muy poco comunes en las personas jóvenes. Shaffer y col., (1996a) notaron sólo un pacto

suicida en 140 suicidios consecutivos que ocurrieron en el área de Nueva York, Nueva Jersey y Connecticut oeste en un período de dos años.

Factores de riesgo para suicidio

Trastornos psiquiátricos

Los estudios controlados de suicidio consumado sugieren similares factores de riesgo para varones y mujeres (Brent y col., 1999; Shaffer y col., 1996a), pero con marcadas diferencias en su importancia relativa (Shaffer y col., 1996a).

Mujeres. El factor de riesgo más significativo es la presencia de depresión mayor, la cual, en algunos estudios, incrementa el riesgo de suicidio en 20 veces (Shaffer y col., 1996a). El siguiente factor de riesgo más importante es un intento de suicidio previo, lo que incrementa el riesgo significativamente.

Varones. Un intento de suicidio previo es el predictor más potente, incrementando la tasa más de 30 veces (Brent y col., 1999; Shaffer y Craft, 1999). Es seguido por depresión, abuso de sustancias (alcohol o drogas) y comportamiento destructivo (Brent y col., 1993b; Shaffer y col., 1996a).

Los trastornos destructivos son comunes en adolescentes varones que cometen suicidio. En los estudios de Nueva York (Shaffer y col., 1996a) y Pittsburgh (Brent y col., 1999), tanto como un tercio de los suicidas masculinos tenían evidencia de trastornos de conducta. El trastorno destructivo era comúnmente comórbido con un diagnóstico de trastorno del humor, ansiedad o abuso de sustancias. Varios mecanismos pueden dar cuenta de estas asociaciones, incluyendo privación temprana u otras experiencias infantiles que predisponen a ambos, depresión y comportamiento antisocial, una predisposición temperamental al comportamiento violento o impulsivo, o las consecuencias secundarias de numerosos estresores que a menudo ocurren en las vidas de personas jóvenes con un trastorno destructivo.

Aunque la tasa de suicidio está muy incrementada en la esquizofrenia, dada la rareza de esta condición, da cuenta de muy pocos suicidios

en el grupo etario de niños y adolescentes. Sin embargo, los profesionales de la salud mental que asisten individuos con esquizofrenia deberían estar alertas ante su más elevado riesgo de suicidio.

Estresores psicosociales

Eventos vitales estresantes a menudo preceden un suicidio y/o un intento de suicidio (de Wilde y col., 1992; Gould y col., 1996). Raramente son una causa suficiente para suicidio, y su importancia radica en su acción como factores precipitantes en los jóvenes que están en riesgo en virtud de su condición psiquiátrica.

Estudios controlados (Gould y col., 1996; Hollis, 1996) indican que bajos niveles de comunicación entre padres e hijos pueden actuar como un factor de riesgo significativo. Mientras que la discordia familiar, la carencia de calidez familiar, y la relación padres-hijos distorsionada están comúnmente asociadas a psicopatología del niño y del adolescente (comportamiento violento, trastornos del humor, trastornos por abuso de alcohol y sustancias) (Brent y col., 1994b; Pfeffer y col., 1994), estos factores no juegan un papel especialmente importante en el suicidio (Gould y col., 1996).

Factores culturales

Hasta hace pocos años, el suicidio era mucho más común entre los blancos que entre los afro-americanos de todas las edades. Sin embargo, desde 1987, la diferencia en las tasas entre los jóvenes afro-americanos y los blancos se ha estrechado (Shaffer y col., 1994). Esto es porque la tasa de suicidio en los afro-americanos y otros varones minoritarios se ha incrementado rápidamente, mientras que la tasa entre los blancos ha estado estable o ha declinado. Las tasas de suicidio para varones de quince a diecinueve años de edad en 1986 eran de 18,0 por 100.000 para los blancos y 7,1 por 100.000 para los afro-americanos, pero en 1996 la tasa de suicidio en los blancos masculinos declinó a 16,3 por 100.000, y la de los masculinos afro-americanos se incrementó a 11,5 por 100.000. La tasa de suicidio para los varones afro-americanos de quince a diecinueve años de edad se incrementó en 100% en este período, y la tasa de suicidio para los varones afro-americanos

de veinte a veinticuatro años se incrementó en un 300% (Shaffer y col., 1994).

La relación de suicidios afro-americanos a suicidios blancos ha cambiado más en los estados centrales, donde la tasa afro-americana ha sido la más baja (Shaffer y col., 1994).

Desde 1979 hasta 1992, la tasa de suicidios en varones adultos jóvenes y adolescentes americanos nativos en áreas del Servicio de Salud Indio fue la más elevada de la nación: 62,0 por 100.000 (Wallace y col., 1996).

Varias razones han sido postuladas para explicar el incremento de las tasas de suicidio entre afro-americanos. Estas incluyen mayor acceso a armas de fuego en comunidades afro-americanas. Sin embargo, la tenencia de armas también se ha incrementado entre las mujeres, y esto no ha llevado a un aumento similar en la tasa de suicidio femenino (Murphy, 1998). Gould y colegas (1996) encontraron que los adolescentes afro-americanos que cometían suicidio tenían un estatus socioeconómico medio más alto que la población afro-americana general. Esto condujo a la hipótesis de que las comunidades afro-americanas de clase baja, potencialmente más tradicionales e isleñas, podrían proveer un factor protector indeterminado. Otras explicaciones no sustentadas empíricamente para las bajas tasas previas de suicidios afro-americanos incluían mejores sistemas de soporte social entre los afro-americanos y un mayor sentido de adherencia grupal en una minoría, apoyo multi-generacional, y el apoyo brindado por comunidades afro-americanas no integradas, aisladas (Gibbs, 1997; Shaffer y col., 1994). Existen teorías que afirman que mientras estos soportes se han debilitado, las tasas de suicidio afro-americanos se han elevado. Aun otra explicación ha sido que las diferencias étnicas en creencias religiosas dan cuenta de las duraderas diferencias entre las tasas afro-americanas y blancas, pero el incrementado secularismo en los jóvenes afro-americanos ha llevado a una reducción en las diferencias afro-americanas/blancas (Neeleman y col., 1998). Los niveles de creencia y fundamentalismo (más que la particular religión a la que se adscriban) se han hallado asociados con una reducción en la aceptación al suicidio (Neeleman, 1998) y el optimismo incrementado (Sethi y Seligman, 1993), y altos niveles de creencia espiritual en la comunidad

afro-americana han sido correlacionados con la particularmente baja tasa de suicidio en comunidades afro-americanas particulares (Martin, 1984; Neeleman y col., 1998). Martin (1984) y Neeleman y col. (1998) encontraron que las diferencias afro-americanas/blancas en la ideación suicida no estaban presentes luego de controlar por espiritualidad.

Cuando la espiritualidad es controlada estadísticamente, los factores de riesgo para los jóvenes afro-americanos parecen similares a aquellos para los jóvenes blancos (o sea, depresión de larga duración, abuso de sustancias y vivir solo) (Juon y Ensminger, 1997). Sin embargo, se debería, en general, ser cautos al generalizar sobre las influencias culturales. Por ejemplo, mientras que algunos grupos nativos americanos tienen una tasa de suicidio que es más de veinte veces más elevada que el promedio de la nación (May, 1987), otros tienen tasas de suicidio iguales o menores que el promedio nacional. En algunos casos, esta variabilidad podría estar en función del contagio dentro de grupos aislados más que ser resultado de diferencias en creencias, valores o prácticas.

Factores facilitadores

Permanece siendo un misterio por qué el suicidio sería una opción para algunos jóvenes y no para otros. Algunos de los factores que pueden contribuir al suicidio incluyen:

Estilos maladaptativos de atribución y afrontamiento. Las percepciones de desesperanza, las visiones negativas sobre la propia competencia, la pobre auto-estima, un sentido de responsabilidad por eventos negativos, y la inmutabilidad de estas atribuciones distorsionadas pueden contribuir a la “desesperanza” que se ha relacionado repetidamente con la suicidalidad.

Factores biológicos, específicamente desregulación del sistema serotoninérgico, son comunes en los adultos suicidas (Greenhill y col., 1995; Halperin y col., 1994; Kruesi y col., 1992; Mann, 1998; Mann y Stoff, 1997; Pfeffer y col., 1998; Pine y col., 1995). La desregulación se manifiesta por bajos niveles de metabolitos de serotonina en los fluidos del SNC, bajas concentraciones de receptores serotoninérgicos presinápticos, y densas

concentraciones de receptores postsinápticos. Estas anomalías de la serotonina se han localizado en la corteza ventro-lateral pre-frontal y en el tronco encefálico de víctimas de suicidio y de intentos (en estudios de tomografía por emisión de positrones postmortem así como en ensayos biológicos in vivo) (Arango y col., 1997). Esto puede estar relacionado con el polimorfismo en el gen de la triptófano hidroxilasa (Amsel y Mann, 2001). Si este hallazgo se confirma, podría llevar al desarrollo de simples “análisis” de sangre para suicidalidad. La serotonina parece inhibir las fluctuaciones extremas del humor y la reactividad. La vulnerabilidad al suicidio en individuos con estas anomalías biológicas puede estar mediada por impulsividad y volatilidad emocional. Como la corteza pre-frontal ventral juega un rol en la inhibición comportamental, es concebible que irregularidades en la serotonina en esta área dificulten en un individuo suicida el control de sus impulsos suicidas (Arango y col., 1997). Aún hacen falta estudios para demostrar los correlatos comportamentales precisos de los perfiles de desregulación de serotonina.

Los adolescentes no son exactamente la contrapartida biológica de los adultos. Estudios preliminares con muestras pequeñas encontraron que tres cuartos de los adolescentes que intentan suicidio tenían concentraciones de 5-hidroxiindolacético (5-HIAA) en el LCR que indicarían severo riesgo suicida en adultos (Kruesi y col., 1998). Adicionalmente, estos estudios sugieren que bajas concentraciones en LCR de ácido homovanílico podrían ser más predictivas en adolescentes (Greenhill y col., 1995; Kruesi y col., 1998). Nordstrom y colegas (1994) sugirieron que conocer el estatus biológico de los que intentan el suicidio podría tener un valor práctico, y que concentraciones bajas de 5-HIAA en LCR examinadas inmediatamente después de un intento de suicidio podrían diferenciar entre los que podrían cometer suicidio o repetir el intento dentro del año y aquellos que no.

Psicopatología parental. Una historia familiar de comportamiento suicida (Brent y col., 1996a; Gould y col., 1996), psicopatología parental, depresión parental y abuso de sustancias parental (Brent y col., 1994b; Gould y col., 1996), son todos factores de riesgo

adicional para suicidio adolescente. Está en estudio si estas historias familiares indican una vulnerabilidad genética o estresores ambientales, o una combinación de los dos. La historia familiar de comportamiento suicida permanece siendo un factor de riesgo significativo cuando se controla estadísticamente para efectos de la psicopatología parental (Brent y col., 1996a).

Factores socio-psicológicos. Hay acumulación de evidencia que apoya la observación de que el suicidio puede ser facilitado en adolescentes vulnerables por exposición a relatos de suicidio reales o de ficción (Gould, 2001a; Velting y Gould, 1997), incluyendo la cobertura de los medios de suicidios, como el intenso reporte del suicidio de una celebridad, la representación en la ficción de un suicidio en una película popular o en un programa de televisión. El riesgo es especialmente alto en los jóvenes (Gould, 1990; Gould y col., 1988; Gould y Shaffer, 1986), y dura por aproximadamente dos semanas (Bollen y Philips, 1982).

El fenómeno de los suicidios agrupados, un número excesivo de suicidios que ocurre en estrecha proximidad temporal y geográfica, se presume relacionado a imitación (Gould y Davidson, 1988). Los suicidios agrupados a menudo involucran a jóvenes previamente perturbados que estaban al tanto de la muerte de otro pero que no conocían a la víctima personalmente (Gould, 2001b). Los agrupamientos a menudo involucran adolescentes o adultos jóvenes y dan cuenta de sólo el 1% al 5% de los suicidios adolescentes en Estados Unidos (Gould y col., 1990a,b).

Diagnóstico positivo de HIV y SIDA. Se ha sugerido que la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (HIV) incrementa el riesgo de suicidio y comportamiento suicida en adolescentes y adultos jóvenes (Coté y col., 1992; Kizer y col., 1988). Sin embargo, Dannenberg y col. no encontraron incremento del riesgo suicida durante un seguimiento por un período medio de diecisiete meses en HIV-positivos postulantes para el servicio militar de los Estados Unidos. Marzuk y col. (1997) encontraron que la proporción de los suicidios en Nueva York en personas HIV-positivas (ajustado para variables demográficas) era más elevada que la proporción estimada de individuos HIV-positivos que vivían en Nueva

York. Sin embargo, como la información fue determinada en la autopsia, no se conocía si todo los suicidios estaban al tanto de su positividad al HIV y si tenían otros factores de riesgo para suicidio. Más de dos tercios de las víctimas de suicidio HIV-positivas no tenían patología relacionada al HIV al momento de la autopsia, y los investigadores concluyeron que la alta tasa de positividad para HIV entre los suicidas podría ser explicada por otros factores de riesgo comunes subyacentes, como abuso de sustancias o alcoholismo.

Un modelo hipotético sobre cómo se ensamblan los múltiples factores de riesgo se ilustra en la Figura 3.

Comportamiento suicida no letal: epidemiología

Los intentos de suicidio involucran cualquier comportamiento destinado a terminar con la vida del niño o del adolescente. Los actos suicidas no fatales por ingestión, con intención no letal, son a veces denominados parasuicidas. Se estima que cada año aproximadamente 2 millones de adolescentes en Estados Unidos intentan el suicidio, y aproximadamente 700.000 reciben atención médica por su intento (Centers for Disease Control and Prevention, 1998).

Los intentos de suicidio en la adolescencia son aproximadamente el doble de comunes en mujeres que en varones (Centers for Disease Control and Prevention, 1998). En la Encuesta de Comportamiento de Riesgo Juvenil de Estados Unidos de 1997, realizada a aproximadamente 20.000 adolescentes representativos, los intentos de suicidio eran considerablemente más comunes en mujeres hispanicas (14,9%) que blancas (10,3%) o afro-americanas (9,0%). Los intentos también eran más comunes entre los varones hispanicos (7,2%) que entre blancos (3,2%) o afro-americanos (5,6%).

La ideación suicida es muy común entre los estudiantes de secundaria, habiendo considerado seriamente el suicidio, en un período de doce meses aproximadamente, una de cada cuatro mujeres y uno de cada seis varones. Los estudiantes hispanicos de ambos sexos eran significativamente más propensos que los blancos o los afro-americanos a haber considerado el suicidio seriamente, a hacer un

plan suicida, intentar suicidio, o realizar un intento que requiera atención médica.

Las razones para la más alta tasa de ideación suicida y comportamiento de intento en los jóvenes hispanicos no son conocidas. En su examen longitudinal para la muestra de Mujergo Woodlawn, Juon y Ensminger encontraron que los factores del riesgo para comportamiento suicida en afro-americanos eran muy similares a los encontrados en blancos (es decir, depresión y uso de sustancias y diferentes variables familiares).

Presentación clínica del comportamiento suicida

El espectro de severidad del comportamiento suicida va desde ideación suicida, a través de amenazas suicidas e intentos de suicidio, hasta el suicidio consumado.

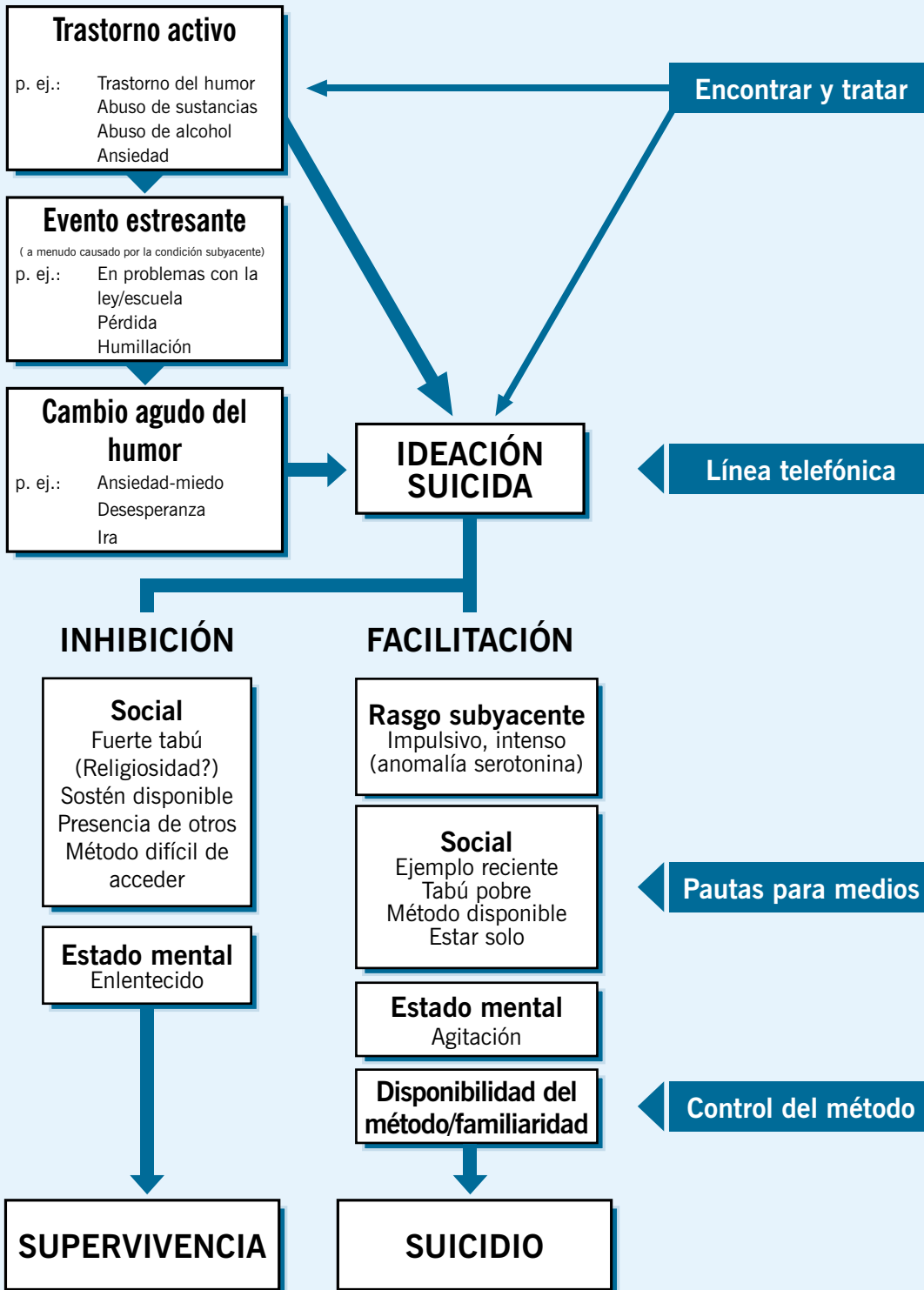
Ideación suicida

La ideación suicida incluye pensamientos acerca de desear matarse, hacer planes sobre cuándo, dónde, y cómo llevar a cabo el suicidio, y pensamientos acerca del impacto del suicidio propio en otros. No todos los niños aprecian que el suicidio puede resultar en muerte irreversible. No hay un mojón definitivo para entender la irreversibilidad de la muerte, lo que depende en gran medida de lo que se le ha enseñado al varón en casa y de las propias experiencias sobre la muerte y la enfermedad. La apreciación de un niño sobre la finalidad de la muerte no debería necesariamente influir al clínico al juzgar la seriedad de la ideación suicida. Por ejemplo, un niño que crea que alguien que muere vuelve a la vida pocas horas después, puede ser proclive a involucrarse en comportamiento autoagresivo, sin entender las consecuencias a largo plazo de su comportamiento.

Amenazas suicidas

Las amenazas suicidas son expresiones realizadas a los demás para indicar la intención de cometer suicidio. Pueden estar acompañadas por acciones para iniciar un plan suicida. En niños y adolescentes son frecuentemente amenazas de saltar de una ventana (usualmente realizadas cuando el varón está cerca de la misma), de correr hacia el tráfico, o de apuñalarse.

¿Cómo ocurren los suicidios y cómo pueden ser prevenidos?



De otras revistas

Figura 3

Este modelo sugiere cómo ocurre el suicidio y destaca los tipos de intervenciones preventivas dirigidas.

Métodos de intento

La amplia mayoría de los intentos de suicidio conocidos en los Estados Unidos es por ingestión, más comúnmente de analgésicos de venta libre, pero la incidencia de actos tales como colgarse, que si no es exitoso puede no llevar a consulta médica, no es conocida. Otros métodos comunes de intentos incluyen cortes superficiales de los brazos o cuello, y, nuevamente, la prevalencia de éstos no es conocida. Métodos menos comunes incluyen intentos por el niño o adolescente de colgarse, saltar de una altura, apuñalarse, ahogarse o auto-inmolarse. La elección de los métodos de intento o consumación del suicidio está ampliamente determinada por la oportunidad, pero las costumbres locales parecen jugar un rol, ya que existen diferencias nacionales bastante marcadas –y estables– en los métodos preferidos.

Al valorar el comportamiento de intentos de suicidio, se presta atención a lo inusual del método, su gravedad médica, cuán a menudo se ha repetido, y los pasos que se siguieron para impedir o promover el descubrimiento. Los intentos repetidos, los intentos por métodos inusuales (o sea, diferentes de ingestiones o cortes superficiales), y los intentos con gravedad médica, son predictivos de ulterior comportamiento de intento de suicidio y también parecen ser predictivos de muerte final por suicidio (Beck y col., 1974a) (Tabla 1).

Factores de riesgo

Los factores de riesgo para intentos de suicidio en ambos géneros son los trastornos de ansiedad o del humor, o el abuso de sustancias. Los ataques de pánico en las mujeres y el comportamiento destructivo en los varones, incrementan el riesgo para ideación o intento de suicidio.

Es muy probable que los serios disturbios familiares incrementen el riesgo de intentos de suicidio. Y esto puede ser inferido de la alta incidencia de suicidio en varones víctimas de abuso (Brown y col., 1999; Fergusson y col., 1996; Molnar y col., 1998; Silverman y col., 1996). La suicidalidad es también común en adolescentes fugitivos (Deykin y col., 1985; Kaplan y col., 1997; Molnar y col., 1998; Shaffer y col., 1996b) que a menudo tienen una historia

de abuso infantil previo. El abuso infantil está asociado comúnmente a varios tipos de psicopatología y abuso de sustancias, y no está claro si la alta prevalencia de suicidalidad es una consecuencia específica de esa psicopatología, o si está más específicamente relacionada con la historia de abuso. El abuso físico y sexual parece incrementar el riesgo de intentos de suicidio, aún cuando otros factores son controlados estadísticamente (Fergusson y col., 1996; Statham y col., 1998).

Independientemente de los mecanismos, el clínico que sospecha que un niño o un adolescente han sido abusados, debería valorar la presencia de ideación o comportamiento suicida pasados y actuales. A la inversa, dado que el riesgo atribuible es bastante alto (aproximadamente 15% y 20% de las mujeres que intentan tienen historia de abuso), los pacientes que intentan suicidio deberían ser interrogados rutinariamente sobre experiencias de abuso físico y sexual previo o actual.

Mientras que no hay evidencias de que la orientación sexual minoritaria sea más común en adolescentes suicidas consumados que en controles, existe fuerte evidencia de que gays, lesbianas y bisexuales jóvenes de ambos sexos son significativamente más proclives a experimentar ideación suicida e intentar suicidio. La investigación de cinco muestras de la comunidad ha demostrado riesgo incrementado (Faulkner y Cranston, 1998; Fergusson y col., 1999; Garofalo y col., 1998; Lock y Steiner, 1999; Remafedi y col., 1998). El riesgo incrementado para ideación suicida y comportamiento de intento, varía de 2 veces (Faulkner y Cranston, 1998) a 7 veces (Remafedi y col., 1998). Los jóvenes gays, lesbianas y bisexuales también eran significativamente más proclives a realizar intentos que requirieran atención médica. Estos estudios demostraron que los jóvenes gays, lesbianas y bisexuales portaban varios factores de riesgo para comportamiento suicida, incluyendo elevadas tasas de uso de alcohol y drogas, y eran más propensos a consumir sustancias más precozmente y más frecuentemente. También eran más propensos a ser intimidados y victimizados en la escuela. El grado de asociación entre orientación sexual y comportamiento suicida juvenil requiere mayor estudio para determinar los efectos cuando otros factores de

riesgo, tales como el uso de alcohol o sustancias y las dificultades familiares, son controlados estadísticamente.

Diferencias entre suicidio consumado e intento de suicidio.

La mayoría de nuestros conocimientos sobre los rasgos clínicos de los pacientes que intentan el suicidio y los métodos usados por ellos, deriva de casos vistos en salas de emergencia y clínicas. El tipo de caso que se presenta más comúnmente es el de una mujer de quince a diecisiete años de edad que ha tomado una sobredosis pequeña o mediana de una medicación ya disponible, más comúnmente un analgésico de venta libre, o medicación disponible que toma otro miembro de la familia. El comportamiento es usualmente impulsivo y ocurre en el contexto de una disputa con la familia o con su novio o novia.

No sabemos cuán típico es este perfil, porque sólo recientemente los investigadores han comenzado a recolectar información de estudios basados en la comunidad. Estos estudios indican que las tasas de intentos de suicidio entre los varones son considerablemente más altas en la comunidad que entre los pacientes que se presentan en la sala de emergencias. Una de las razones puede ser que el método preferido por las mujeres –una ingestión no letal– no hace efecto inmediato y es tratable. Si el paciente cambia de parecer o admite el intento, él o ella buscarán tratamiento médico casi siempre para los efectos médicos de la sobredosis. Sin embargo, parece probable que muchos varones intentan colgarse y fracasan, y sólo raramente buscan o necesitan tratamiento médico. Nuestro conocimiento de las diferencias entre pacientes que intentan suicidio que consultan y que no consultan, está limitado a la información demográfica, y las diferencias clínicas aún necesitan ser descritas con mayor detalle.

Los estudios que han comparado suicidios consumados con intentos de suicidio han examinado casos clínicos y, luego de controlar por género, han fallado en demostrar diferencias significativas. Sin embargo, no debería jerarquizarse demasiado estos hallazgos negativos, ya que los pacientes que cometen intentos graves y requieren cuidados de internación,

son probablemente poco representativos de los que realizan intentos en general.

Ha habido muy pocas comparaciones de factores de riesgo entre suicidios consumados e intentos de suicidio (Brent y col., 1998; Gould y col., 1998; Shaffer y col., 1996a). Brent y col. encontraron que los pacientes que intentan son menos proclives que los consumados a ser bipolares, a tener un arma de fuego en casa, a tener elevada intencionalidad suicida, o a padecer combinaciones de trastornos del humor con trastornos diferentes. Cuando se compara pacientes que intentan suicidio y pacientes suicidas, los que intentan deben ser extraídos de una muestra entre los que no consultan y geográficamente definida, similar a la que se usa habitualmente en estudios de autopsia psicológica para suicidios. Dos estudios de ese tipo sobre pacientes que intentan suicidio (Andrews y Lewinsohn, 1992; Gould y col., 1998) encontraron perfiles diagnósticos ampliamente similares a los reportados en los suicidas consumados (Shaffer y col., 1996a; Brent y col., 1993a). La falla en encontrar diferencias fuertes entre los dos grupos puede reflejar el requerimiento de que, en algunos estudios, los controles que intentaban el suicidio fueran personas que hacían “intentos graves”.

Historia natural

Se conoce poco sobre la historia natural del comportamiento suicida, pero el inicio temprano del comportamiento suicida en la pre-pubertad predice comportamiento suicida en los adolescentes (Pfeffer y col., 1991, 1993), y el inicio temprano de trastorno depresivo mayor se asocia con comportamiento suicida en los adolescentes (Kovacs y col., 1993) y adultos (Harrington y col., 1994; Rao y col., 1993). No han sido exitosos los intentos de pronosticar, al momento del primer intento, qué adolescentes son proclives a repetir su comportamiento suicida (Goldston y col., 1996; Stein y col., 1998).

Rasgos del desarrollo

Los rasgos del desarrollo son mediadores significativos de la presentación clínica del comportamiento suicida en los niños y adolescentes, y se reflejan en la epidemiología

del comportamiento suicida. Se ha reportado comportamiento suicida en niños preescolares a pesar de su inmadura apreciación cognitiva de la finalidad de la muerte (Pfeffer y Trad, 1988; Rosenthal y Rosenthal, 1984). Varios métodos suicidas son usados por niños y adolescentes suicidas, pero cuanto más joven sea el niño, menos complejos y más fácilmente disponibles son los métodos para llevar a cabo impulsos suicidas. Las diferencias entre pacientes con ideación suicida y con intentos de suicidio son menos marcadas para los niños menores (Carlson y col., 1994). Por ejemplo, tanto la ideación suicida como los intentos de suicidio en niños pre-puberales, predicen intentos de suicidio en la adolescencia (Pfeffer y col., 1993). Los problemas de adaptación social de los pacientes jóvenes que intentan suicidio consisten principalmente en relaciones intra-familiares distorsionadas en los niños pre-puberales, mientras que los conflictos con los pares son los más comunes entre los adolescentes.

La distribución modal de las edades de inicio de los síntomas y trastornos psiquiátricos que incrementan el riesgo de comportamiento suicida en los adolescentes (tales como depresión mayor, abuso de sustancias, trastorno bipolar, esquizofrenia y trastornos de personalidad) varía a lo largo de la adolescencia, siendo todos ellos más comunes en adolescentes mayores. Esta puede ser la razón de la relativa rareza del suicidio en la infancia y en la adolescencia. El suicidio se vuelve cada vez más común con la edad, alcanzando un pico entre las edades de diecinueve y veintitrés años. Los adultos que intentan suicidio son ocho veces más proclives que los adolescentes que lo hacen, a cometer suicidio durante los primeros 312 días luego del alta de un hospital psiquiátrico (Safer 1997).

Valoración

La valoración de los pacientes suicidas requiere una evaluación del comportamiento suicida y la determinación del riesgo de muerte por repetición, así como del diagnóstico subyacente o los factores precipitantes.

Evaluación del intento

Determinar el tipo de método usado en el intento de suicidio (intentos más inusuales, o sea, método distinto de cortarse o pequeña ingestión, conllevan un peor pronóstico), la letalidad médica potencial (no siempre es un predictor confiable; algunos niños y adolescentes seriamente suicidas juzgan pobremente la letalidad), el grado de planificación involucrada y el grado en que la probabilidad de intervención o descubrimiento fue minimizada (significando mayor intencionalidad). Los intentos de suicidio previos hacen más probables intentos ulteriores; cierta ideación suicida actual persistente y frecuente también denota mayor severidad y una gran posibilidad de enfermedad mental asociada. Debe evaluarse la disponibilidad de armas de fuego o medicamentos letales, y debería efectuarse la recomendación de retiro de los mismos o de mantenerlos en un lugar más seguro (Brent y col., 1988) como parte imperativa de la valoración.

Valoración del paciente con ideación suicida

La cuestión clave es si el niño o adolescente está considerando o ha intentado el suicidio sin el conocimiento de nadie. Los niños y adolescentes pueden ser interrogados con las siguientes preguntas diagnósticas (Jacobsen y col., 1994):

- “¿Alguna vez te has sentido tan molesto que has deseado no estar vivo o has querido morir?”
- “¿Alguna vez hiciste algo que tú sabías que era tan peligroso que podría lastimarte o matarte al hacerlo?”
- “¿Alguna vez te has lastimado o tratado de lastimarte?”
- “¿Alguna vez intentaste matarte?”
- “¿Alguna vez pensaste o trataste de suicidarte?”

Es complicado evaluar la presencia y el grado de intención suicida. La intención suicida involucra un balance entre el deseo de morir y el deseo de vivir (Beck y col., 1974a). Algunos aspectos de esta evaluación se dirigen a la severidad del comportamiento, los esfuerzos realizados para ocultar el comportamiento y

evitar el descubrimiento, y la formulación de planes específicos (por ejemplo: “¿Hiciste algo para prepararte para matarte?, ¿Creíste que lo que hiciste te mataría?”). Sin embargo, los niños y adolescentes sobrestiman sistemáticamente la letalidad de los diferentes métodos suicidas, de modo que un niño o adolescente con un grado significativo de intención suicida podría fallar al llevar a cabo un acto letal.

Otra aproximación al valorar la intención suicida es evaluar la motivación, por ejemplo, el deseo de llamar la atención, de generar un cambio en las relaciones interpersonales, de reunirse con un ser fallecido, de evitar una situación intolerable, o de vengarse. Si estas motivaciones no han sido satisfechas al momento de la evaluación, puede aún estar presente una elevada intención suicida.

Factores de riesgo para repetición de los intentos de suicidio o suicidio

Los factores que incrementan el riesgo de intentos de suicidio subsecuentes y/o suicidio luego de un intento reciente se muestran en la Tabla 1 e incluyen: género masculino, mayor edad, vivir solo (o sea, fugitivo, sin domicilio, o aislado), haber hecho intentos previos, intentos con un método distinto de ingestión o cortes superficiales, y haber tomado medidas para evitar ser detectado. También hay un mayor riesgo de suicidio a corto plazo si el estado mental actual es anormal.

Valoración de las condiciones subyacentes

Las condiciones que llevan a comportamiento suicida incluyen diagnósticos psiquiátricos; factores sociales o ambientales como aislamiento, ira y estrés; distorsiones cognitivas que acompañan a la depresión, particularmente desesperanza, que también puede ser un indicador de abandono del tratamiento (Brent y col., 1997); y estilos de afrontamiento inapropiados (por ejemplo: impulsividad o sensación de catástrofe). Una historia de psicopatología familiar, especialmente de comportamiento suicida, enfermedad bipolar, abuso sexual o físico, o abuso de sustancias, pueden dar una indicación del riesgo y de

áreas que requerirán intervención (Fergusson y Lynskey, 1995a,b; Pfeffer y col., 1994). La discordia familiar y otros eventos vitales estresantes que involucren problemas en las relaciones interpersonales también requieren valoración.

Los trastornos psiquiátricos que son comúnmente asociados a comportamiento suicida incluyen: depresión, manía o hipomanía, estados mixtos o ciclado rápido, o abuso de sustancias. Los pacientes que están irritables, agitados, delirantes, amenazantes, violentos, alucinando, o manifiestan un deseo persistente de morir, están en un riesgo mayor a corto plazo.

Una historia de rápidos cambios de humor, de breves períodos de depresión, ansiedad, e ira, a la eutimia y/o manía, que puede asociarse con síntomas psicóticos transitorios, incluyendo ideas paranoides y alucinaciones auditivas o visuales, se ha postulado como fuertemente asociada con riesgo para ulteriores intentos de suicidio. Diagnosticar a tales adolescentes es complejo, y los clínicos a menudo usan varios diagnósticos, incluyendo trastorno depresivo mayor con síntomas psicóticos, trastorno bipolar, trastorno esquizo-afectivo, y trastorno de personalidad borderline, para caracterizar a los adolescentes con esta amplia gama de síntomas.

El comportamiento suicida recurrente se ha asociado con rasgos de personalidad hipomaníacos (Klein y col., 1996) y trastornos de personalidad del grupo B (Brent y col., 1993a, 1994a). El trastorno de personalidad más a menudo diagnosticado es el trastorno de personalidad borderline (Corbitt y col., 1996). Los criterios del DSM-IV para este trastorno incluyen inicio en la edad adulta temprana, intentos de suicidio repetidos, formas no letales de auto-agresión, y un patrón persistente de impulsividad que, luego de controlar estadísticamente por una historia de depresión y abuso de sustancias, parece estar fuertemente asociado con suicidalidad (Brodsky y col., 1997). Otros criterios incluyen humor inestable, relaciones interpersonales inestables (que pueden alternar entre la idealización y la denigración), conceptos variantes de sí mismo (que oscilan entre la grandiosidad y la inutilidad), síntomas disociativos, irritabilidad, y comportamiento que, aunque placentero,

puede también ser dañino para sí mismo (por ejemplo: gastos excesivos, actividad sexual impulsiva, conducir peligrosamente). Muchos de estos síntomas también son rasgos de la enfermedad bipolar y otros trastornos afectivos, y aún sigue sin responderse la pregunta de si la personalidad borderline es o no una forma de trastorno bipolar u otro trastorno afectivo.

Es esencial reunir información de múltiples fuentes y por variadas técnicas sensibles al desarrollo para evaluar los indicadores de riesgo suicida. Esto puede incluir entrevistas, observaciones de comportamiento y de juego, y el uso de escalas de puntuación válidas y confiables. La confiabilidad y validez del reporte en entrevistas de niños y adolescentes pueden estar afectadas por su nivel de desarrollo cognitivo, que puede influir sus reportes de tiempo y de causa, y por el tipo e intensidad de las emociones y la severidad del disconfort psicológico al momento de la entrevista, que pueden interferir con su recuerdo de la intención suicida y su comprensión de la relación entre sus emociones y su comportamiento mental (Carlson y col., 1994; Jacobson y col., 1994). La confirmación del comportamiento suicida del niño o adolescente puede ser

obtenida de información reunida por entrevistas con terceros que conocen al niño o adolescente. Sin embargo, a menudo existe disparidad entre los reportes del varón y sus padres, siendo los niños y adolescentes más proclives a relatar su ideación suicida y sus actos suicidas que sus padres (Brent y col., 1986).

Escalas especializadas en suicidio y otros instrumentos

Las escalas auto-administradas de suicidio son útiles para rastreo en poblaciones normales, de alto riesgo y de pacientes. No pueden sustituir una evaluación clínica, y su tendencia es a ser demasiado sensibles y poco específicas. En este punto, las escalas de suicidio solas no tienen valor predictivo. Un niño o adolescente que es positivo en una escala de suicidio debería ser siempre valorado clínicamente. La mayoría de las escalas no han sido probadas adecuadamente en la población de niños o adolescentes (ver Garrison y col., 1991 y Goldston, 2000, para más información sobre escalas individuales). La Tabla 3 lista las escalas que miden suicidalidad, intención o potencialidad.

Tabla 3

Instrumentos que miden la suicidalidad del niño y del adolescente.

Escala	Autor	Edades	Propósito	Longitud	Dominios	Notas
Auto-administrado por niño o adolescente.						
Escala de desesperanza de Beck.	Beck y col., 1974b	Adolescentes.	Valorar la desesperanza.	20 ítems verdadero/falso.	Clínica, investigación, rastreo.	
Escala de desesperanza para niños (HSC).	Kazdin y col., 1986	Niños y adolescentes.	Valorar la desesperanza.	17 ítems verdadero/falso.	Clínica, investigación, rastreo.	Puntos de corte y validez del estudio (ver Spirito y col., 1988b).
Rastreo para adolescentes de Columbia (CTS).	Shaffer y col., 1996b	Adolescentes.	Rastrea estudiantes de 11 a 18 años para comportamiento suicida, ideación y factores de riesgo.	26 ítems.	Clínica, rastreo, investigación.	Alta sensibilidad y especificidad.
Cuestionario de ideación suicida (CTS).	Reynolds, 1987	Adolescentes.	Mide la frecuencia y severidad de ideación suicida en estudiantes de 11 a 18 años.	30 ítems (secundaria) o 15 ítems (últimos años de primaria)	Investigación, rastreo.	
Escala de probabilidad de suicidio (SPS).	Tatman y col., 1993	Edades 14+.	Índice clínico de riesgo de suicidio.	1 página.	Clínica.	Validez en adolescentes no demostrada. Da al clínico un bosquejo para iniciar el tratamiento.
Inventario de razones para vivir para adolescentes (RFL-A).	Osman y col., 1998	Adolescentes (adaptación del Inventario de Razones para Vivir [RFL] de Lineman, 1985)	Mide las creencias adaptativas, la afirmación de vivir, que pueden distinguir al suicida del no suicida.	14 ítems.	Clínica, investigación, rastreo.	
Índice de potencial suicida de niños-adolescentes (CASPI).	Pfeffer y col., 2000	6 a 17 años.	Valora el riesgo de comportamiento suicida.	30 ítems si/no.	Clínica, investigación, rastreo.	Excelente confiabilidad y validez.
Instrumentos administrados por el clínico.						
Escala de potencial suicida de niños (CSPS).	Pfeffer y col., 1979	6 a 12 años.	Valora comportamientos suicidas y factores de riesgo.	17 páginas (batería de 8 escalas)	Clínica, investigación.	Se da al niño y padres.
Entrevista de potencial suicida (SPI).	Reynolds, 1991	11 a 18 años.	Evalúa el riesgo suicida.	4 páginas, 22 ítems.	Diagnóstica, investigación, rastreo.	
Escala para ideación suicida (SSI).	Beck y col., 1979a	Investigación limitada en adolescentes.	Mide la frecuencia, intensidad y duración de la ideación suicida.	4 páginas, 19 ítems.	Clínica, diagnóstica, investigación, rastreo.	
Escala de intención suicida (SIS).	Beck y col., 1974a.	No estudiada aún en adolescentes o niños.	Mide la intención de morir en los que intentan el suicidio.	15 ítems.	Clínica, investigación.	

Tratamiento

Principios del tratamiento

El tratamiento exitoso de los niños y adolescentes suicidas depende de varios factores, siendo de capital importancia las consideraciones de seguridad (Pfeffer, 1990, 1997).

Debido a la necesidad de responder a una crisis suicida, el tratamiento debería ser provisto idealmente dentro de un servicio de contención que incluya recursos para pacientes internados, pacientes ambulatorios a corto y largo plazo, e intervención de emergencia (Rotheram-Borus y col., 1996c).

Manejo agudo

El niño o adolescente que han intentado el suicidio deberían ser hospitalizados si su condición inestable convierte al comportamiento en impredecible, indicando, al menos, serio riesgo a corto plazo. Los rasgos del estado mental predictivos de dificultades a corto plazo incluyen la incapacidad de formar una alianza con el clínico, carencia de sinceridad o incapacidad para debatir o regular la emoción y el comportamiento, pensamiento psicótico, intoxicación actual por drogas o alcohol, o múltiples intentos de suicidio serios previos. Los rasgos diagnósticos que indican la necesidad de hospitalización incluyen: trastorno depresivo mayor con síntomas psicóticos, ciclado rápido con irritabilidad y comportamiento impulsivo, psicosis con alucinaciones de comando, y abuso de alcohol o sustancias. Entre los factores sociales que afectan la decisión de hospitalizar a un niño o adolescente, se incluye la carencia de suficiente apoyo del entorno para ayudar a estabilizar el estado psiquiátrico del niño o adolescente.

El clínico debería preguntarse si el paciente puede formar una alianza para reportar la intención suicida o los planes suicidas. ¿Puede el clínico identificar y disminuir las fuentes potenciales de no cumplimiento, proveer adecuada psicoeducación familiar para limitar los conflictos familiares y las comunicaciones aberrantes, reducir los déficit en las habilidades sociales y la resolución de problemas, y focalizar

en la psicopatología concurrente (Berman y Jobs, 1991; Brent, 1997; Brent y Perper, 1995; Piacentini y col., 1995)? Ser consciente de las propias limitaciones en la predicción y en la influencia sobre la familia y el paciente promoverá una aproximación cautelosa.

Intervención en emergencia o servicio de crisis y toma de decisiones

Los niños y adolescentes con ideación suicida aguda o intentos de suicidio son frecuentemente evaluados y tratados en primera instancia en un servicio de emergencia. Es allí que el profesional de la salud mental ejerce la importante función de derivar a los pacientes apropiados para tratamiento subsecuente. Los niños y adolescentes nunca deberían ser dados de alta del servicio de emergencia sin que su cuidador haya verificado el relato de varón (Tabla 4). El cuidador también debería ser visto para discutir con él la conveniencia de que haga inaccesibles al varón las armas de fuego y/o los medicamentos letales (Kruesi y col., 1999). Existe evidencia empírica de que, a menos que se discuta el tema, los padres no tomarán las precauciones necesarias por su propia iniciativa (McManus y col., 1997). Los padres están más deseosos de asegurar las armas de fuego que de retirarlas. También debería discutirse con el adolescente y su familia sobre limitar el acceso del varón al alcohol u otras sustancias potencialmente desinhibidoras. Antes del alta, el clínico debe tener una buena comprensión del monto de apoyo que estará disponible para el niño o adolescente si se va a su domicilio. El clínico debería reconocer que las recomendaciones de tratamiento serán seguidas con mayor probabilidad si se adecuan a las expectativas de la familia, si son económicamente factibles, y si los padres cooperan y están disponibles para apoyar la asistencia. La experiencia de la familia en la sala de emergencia también puede “colorear” el proceso de derivación (Rotheram-Borus y col., 1996a,b)

Rotheram-Borus y col. (1996b) describieron un breve procedimiento de intervención en crisis en la sala de emergencia para adolescentes que intentan el suicidio, que resultó en mejoría del cumplimiento del tratamiento hasta al

menos la primera visita de seguimiento del paciente. El propósito de la intervención fue ofrecer una buena experiencia entre la familia y el personal del servicio de emergencia, establecer expectativas realistas sobre el tratamiento de seguimiento, y obtener un compromiso de los adolescentes que intentan el suicidio y sus familiares de retornar para ulterior evaluación. Incluía una serie de sesiones de entrenamiento del personal de la sala de emergencias, para reducir sus percepciones de que la familia era culpable por el comportamiento del adolescente, y para alentar al personal a que explicara procedimientos del servicio de emergencia al paciente. Se mostraba una cinta de video al paciente y a la familia para mejorar su comprensión sobre el comportamiento suicida del adolescente y su tratamiento. Finalmente, se proveía una sesión de tratamiento de familia por un terapeuta de crisis que negociaba un contrato con el paciente suicida y la familia, que cumplía algunas funciones de manejo de casos entre la familia y el técnico tratante en el seguimiento. La investigación no fue capaz de identificar cuál de estos componentes llevó a un incremento en el cumplimiento inicial.

Siempre debería existir una detallada discusión con el paciente y la familia sobre los temas o situaciones específicas que podrían promover comportamiento suicida futuro si el estrés es inevitable, y el tipo de comportamiento de afrontamiento que puede ser usado para obviar un futuro intento. Ayudar a la familia a identificar los potenciales precipitantes y comenzar a resolver problemas sobre cómo impedir la re-ocurrencia, es realmente el inicio del tratamiento. Si el paciente y la familia no pueden realizar esto efectivamente, se vuelve tema de preocupación. Usualmente se negocia un “contrato de no suicidio” escrito o verbal al inicio del tratamiento, con la esperanza de que mejorará el cumplimiento de tratamiento y reducirá la probabilidad de ulterior comportamiento suicida (Brent, 1997; Rotheram, 1987). El contrato de no suicidio puede ser usado como una “prueba” para entender la capacidad del paciente y de la familia para instituir el cambio. Sin embargo, el clínico debería saber que no hay estudios empíricos que hayan evaluado la eficacia de un contrato (Reid, 1998). La forma usual de un contrato es que el niño o adolescente promete no involucrarse en comportamiento suicida y debería informar a los padres, al terapeuta o a otro adulto responsable si tiene pensamientos de suicidio o desarrolla planes para cometer suicidio (Simon, 1991). Se espera que un contrato incremente el compromiso del paciente y la familia con el tratamiento, pero nunca debería sustituir a otros tipos de intervención. Si hay un disturbio del estado mental, el clínico nunca debería confiar en un contrato de no suicidio (Egan y col., 1997; Fergusson y Lynskey, 1995b).

Tabla 4

Ítems antes de dar de alta a un adolescente que ha intentado el suicidio

Antes de dar de alta a un paciente del servicio de emergencia o centro de crisis, siempre:

- **Alertar al paciente y a la familia sobre los efectos desinhibidores de las drogas o el alcohol**
- **Cerciorarse de que las armas de fuego y los medicamentos letales puedan ser efectivamente asegurados o retirados**
- **Cerciorarse de que haya una persona continente en el hogar**
- **Cerciorarse de que se haya agendado una entrevista de seguimiento**

Cuando se usa un contrato de no suicidio, deben considerarse sus limitaciones (Miller y col., 1998). Debería ser usado sólo si una evaluación completa del estado mental del paciente suicida y una consideración de su estado de desarrollo indican que el paciente comprende el compromiso. No debe ser visto como otra cosa que un complemento para el manejo de los pacientes con baja intención. Aun si el paciente accede a tal contrato, el riesgo suicida puede persistir. También debería apreciarse que un contrato de no suicidio podría disminuir la comunicación del paciente de su estrés y disforia, disminuir el potencial

de desarrollo de una alianza terapéutica, y dificultar el manejo del riesgo. Las comunicaciones coercitivas tales como “a menos que prometas no intentar suicidio, te mantendré en el hospital o les diré a tus padres sobre tu comportamiento”, deberían ser evitadas, porque pueden alentar la decepción y el desafío.

El cumplimiento del tratamiento puede ser mejorado ofreciendo entrevistas de seguimiento frecuentes y definidas, siendo flexibles para consentir concertar citas si surge una crisis, recordando la siguiente consulta a la familia y al paciente por teléfono o nota. Si se pierde una consulta, el paciente y sus padres deberían ser contactados. Los niños y adolescentes desesperanzados y deprimidos, que pueden no ser capaces de comprometerse a un largo proceso de tratamiento, pueden ser mejor captados ofreciendo planes de tratamiento a corto plazo con metas de intervención definidas. Al mismo tiempo que se ofrece confidencialidad para algunos temas, es esencial que el clínico comunique al paciente que si él siente que el pensamiento o comportamiento suicida es inminente, tal información será compartida con sus padres.

Internación y hospitalización parcial

No hay evidencia de que la exposición a otros pacientes psiquiátricos suicidas incrementa el riesgo de comportamiento suicida (King y col., 1995). Para determinar cuándo un paciente está listo para el alta del hospital o centro de crisis, usualmente se incluirá una evaluación de la severidad de la ideación suicida existente y de la intención suicida. Las coerciones implícitas, por ejemplo, decirle al paciente que no será dado de alta hasta que pueda asegurar que no es suicida, deberían ser evitadas. La atención a los patrones de funcionamiento familiar claramente disfuncionales o a las enfermedades psiquiátricas parentales, puede mejorar los cuidados ambulatorios ulteriores del niño o el adolescente (King y col., 1997).

La hospitalización parcial ofrece tratamiento intensivo multidisciplinario y observación y apoyo especializados. Puede ser una buena alternativa a la hospitalización psiquiátrica aguda si el niño o adolescente es considerado como perturbado pero contenible en un hogar

sostenedor o en otro establecimiento residencial. La hospitalización parcial puede brindar más tiempo que la hospitalización aguda para estabilizar la condición emocional y encarar los estresores y problemas ambientales. Puede ser usada como un escalón más abajo con respecto a la hospitalización psiquiátrica aguda.

Tratamiento ambulatorio

El tratamiento ambulatorio debería ser usado cuando el niño o el adolescente no son proclives a actuar bajo impulsos suicidas, cuando existe suficiente sostén en el hogar, y cuando hay alguien que puede actuar si el comportamiento o el ánimo del adolescente se deterioran.

Psicoterapias específicas

Los niños y adolescentes suicidas reportan sentir depresión y minusvalía intensas y dolorosas, ira, ansiedad, y una incapacidad desesperanzada para cambiar o encontrar solución a circunstancias frustrantes (Kienhorst y col., 1995; Ohring y col., 1996). Pueden responder impulsivamente a su sensación de desesperación intentando cometer suicidio. Las técnicas psicoterapéuticas tienen como objetivo disminuir tales sentimientos y pensamientos intolerables y reorientar las perspectivas cognitivas y emocionales del niño o adolescente suicida (Kernberg, 1994; Spirito, 1997). El mejor clínico para trabajar con niños y adolescentes suicidas es aquel que esté disponible al paciente suicida y a su familia, el que tenga destreza y entrenamiento en el manejo de crisis suicidas, el que se relacione con el paciente en una forma honesta y consistente, y el que pueda comprender objetivamente las actitudes del paciente suicida y sus problemas vitales, transmitiendo un sentido de optimismo y actividad (Katz, 1995 ; Pfeffer, 1990). Dados estos atributos personales, el terapeuta puede usar varios modelos de psicoterapia, aunque relativamente pocos estudios empíricos han evaluado su eficacia.

Terapia cognitivo-comportamental

Los niños y adolescentes suicidas a menudo experimentan cogniciones negativas sobre sí mismos, su entorno y su futuro. La terapia cognitivo-comportamental (CBT) ha demostrado ser una intervención efectiva para los síntomas depresivos (Clarke y col., 1999; Elkin y col., 1989; Shea y col., 1992; Weissman, 1979). La experiencia con adolescentes es mucho más limitada. En un grupo de estudios, la CBT de corta duración parecía ser más efectiva que la terapia familiar o de apoyo (Brent y col., 1997) en adolescentes deprimidos. Pero luego de dos años, las diferencias entre los grupos ya no eran aparentes (Birmaher y col., 2000). La eficacia de la CBT en adolescentes suicidas aún no ha sido examinada, pero en los estudios mencionados todas las terapias redujeron la ideación suicida.

Brent y colegas crearon un manual de tratamiento con CBT (Brent y Poling, 1989, revisado, 1997), modificando la aproximación de Beck y colegas (1979b) para adolescentes deprimidos. El tratamiento comprendía de doce a dieciséis sesiones semanales seguidas por un período de seis meses de sesiones mensuales o bimensuales. Los padres y los adolescentes recibían un manual de psicoeducación sobre trastornos afectivos y su tratamiento, y se les ofrecía una sesión sólo para discutir estos aspectos. La intervención activa era descrita como un “descubrimiento guiado” conjunto para monitorizar y modificar los pensamientos automáticos, los pre-supuestos, y las creencias (Brent, 1997). Se usaban ejemplos concretos para ilustrar el modelo de tratamiento cognitivo-comportamental, que involucra explorar las preocupaciones sobre la autonomía y la confianza, las distorsiones cognitivas, y cogniciones, atribuciones y conceptos de sí mismo negativos.

Ya que a menudo se cree que los individuos suicidas tienen dificultades para comunicar y negociar sus necesidades y deseos (McLeavey y col., 1994) y que frecuentemente se refugian en estrategias de afrontamiento pasivas y evitativas (Adams y Adams, 1991), el modelo de tratamiento de Brent alentaba métodos más directos y asertivos de comunicación, incrementando la capacidad del adolescente para conceptualizar soluciones alternativas a los problemas. A menudo se mantenían reuniones

con los padres para potenciar el tratamiento. Brent (1997) aboga por el uso conjunto de psicofarmacología si el adolescente deprimido no ha mejorado luego de cuatro a seis semanas de tratamiento cognitivo-comportamental.

El estudio de Brent no brinda evidencia sobre la eficacia de la CBT para los adolescentes que han hecho un intento de suicidio, que no fueron incluidos en este estudio. Sin embargo, la intervención fue reportada como igualmente efectiva que la psicoterapia familiar sistémica y que la terapia de apoyo no directiva para reducir la ideación suicida en adolescentes deprimidos (Brent y col., 1997) durante un período de tratamiento de 12 a 16 semanas.

Psicoterapia interpersonal

El comportamiento suicida en niños y adolescentes se asocia frecuentemente a conflictiva interpersonal, y el tratamiento de ésta puede reducir el riesgo suicida.

La psicoterapia interpersonal (IPT) es una psicoterapia limitada en el tiempo que se dirige a los problemas interpersonales, que son categorizados en: pérdidas, disputas interpersonales de roles, transiciones de roles y déficit interpersonales. Fue desarrollada originalmente para la depresión mayor (Klerman y col., 1984) y fue diseñada para ser administrada por 12 a 16 semanas. Mufson y Moreau la han modificado para su uso en adolescentes deprimidos (Mufson y col., 1999) y la encontraron más efectiva que una terapia control. El tratamiento puede ser apropiado para adolescentes suicidas deprimidos con problemas interpersonales.

La IPT se focaliza en las relaciones interpersonales actuales y en el contexto social inmediato. A diferencia de la CBT, que aborda las distorsiones del pensamiento que pueden provocar comportamiento maladaptativo, la IPT se focaliza en el estilo y la efectividad de las interacciones interpersonales. Se le administra al adolescente tratamiento semanal por doce semanas. Se mantiene frecuentes contactos telefónicos con los pacientes adolescentes y a menudo se incluye a los padres.

La fase inicial incluye una evaluación de los síntomas, el diagnóstico y la historia de las relaciones interpersonales. Se presta especial atención a los cambios en las relaciones

inmediatamente previos a la instalación de los síntomas depresivos. El terapeuta educa al paciente sobre los síntomas de depresión y ubica los síntomas dentro de un marco de dificultad interpersonal, tal como: reacción a una pérdida, disputas interpersonales de roles (conflictos con otra persona significativa), transiciones de roles (cambios en el estatus de vida, tales como cambio de grado en la escuela, mudanza, cambio en una relación), y déficit interpersonales (carencia de destrezas sociales que llevan a problemas para iniciar y mantener relaciones interpersonales). Algunos de los aspectos interpersonales de los adolescentes que son abordados por la IPT-A incluyen: separación de los padres, conflictos con la autoridad parental, desarrollo de relaciones cercanas con miembros del sexo opuesto, experiencia inicial con la muerte de un familiar o amigo y presiones de los pares. Se abordan aspectos específicos en el caso de adolescentes que viven en hogares monoparentales (Mufson y col., 1993), y la familia puede ser incluida en el tratamiento.

La fase intermedia aborda los problemas interpersonales propios del paciente. El terapeuta apoya los esfuerzos para disminuir el pesimismo del paciente y los esfuerzos para alcanzar nuevas soluciones a los dilemas interpersonales. El tratamiento enfatiza en opciones para el cambio que han sido excluidas debido a los síntomas de depresión.

La fase de terminación apoya la independencia del paciente, recientemente adquirida y reconocida, para manejar las preocupaciones interpersonales. El objetivo es asistir al paciente para reconocer y disminuir los efectos de futuros síntomas depresivos.

Mufson y colegas (1993) advierten que la IPT para adolescentes fue desarrollada para adolescentes no psicóticos, o deprimidos no suicidas. Sin embargo, es un tratamiento útil para abordar el comportamiento suicida del adolescente como método para comunicar ira y dificultades, o para resolver un conflicto, y su eficacia para ayudar a los adolescentes con ideación suicida dependerá de la capacidad de estos para establecer una alianza terapéutica y comprometerse a informar al terapeuta sobre preocupaciones suicidas e intención suicida, y concurrir a un servicio de emergencia si es necesario.

Terapia dialéctica-comportamental

La terapia dialéctica-comportamental (DBT) es la única forma de psicoterapia que se ha demostrado en ensayos randomizados controlados que reduce la suicidalidad en adultos con trastorno de personalidad borderline (Linehan, 1993a,b). Este tratamiento se basa en una teoría bio-social en la cual los comportamientos suicidas son considerados como soluciones maladaptativas a emociones negativas y dolorosas (Linehan, 1993a), pero que también tienen cualidades de regulación del afecto y generan respuestas de ayuda de otros (Linehan, 1993a).

El tratamiento incluye desarrollar estrategias orientadas a problemas, para incrementar la tolerancia a las dificultades, la regulación de las emociones, la efectividad interpersonal, y el uso de las aferencias racionales y emocionales para tomar decisiones más equilibradas (Linehan, 1993b). Usualmente involucra sesiones individuales y grupales en el curso de un año.

Recientemente, se ha usado una forma modificada y basada en manuales de este tratamiento, con adolescentes suicidas con diagnóstico de personalidad borderline (Miller y col., 1997). La DBT para adolescentes (DBT-A) requería la participación de un familiar en el grupo de entrenamiento en destrezas, a quien se le encargaba el mejoramiento del entorno del hogar y la tarea de enseñar a otros familiares a modelar y reforzar los comportamientos adaptativos para con el adolescente. La DBT-A ha sido reducida de un año a doce semanas, cubre menos destrezas, y usa lenguaje más simple para el entrenamiento en destrezas. En un estudio comparativo de tratamiento, no randomizado, con adolescentes suicidas diagnosticados como borderline, se sugirió que la DBT-A es aceptable para los adolescentes y reduce las tasas de hospitalización psiquiátrica (Miller y col., 1997).

El tratamiento comprende cuatro componentes o módulos: 1) un módulo de Destrezas Nucleares de Cuidado para disminuir la confusión de identidad y la des-regulación del yo; esto incluye enseñanzas de meditación Zen para incrementar el control emocional; 2) un módulo de Destrezas de Efectividad Interpersonal para posibilitar la resolución de problemas interpersonales a través del

entrenamiento asertivo, y para hacer que el adolescente se torne más consciente de sus metas en una situación interpersonal; 3) un módulo de Tolerancia a la Dificultad para reducir la impulsividad enseñando la aceptación y tolerancia de situaciones penosas, con auto-consuelo y distracción del dolor, y generando ideas sobre los aspectos positivos y negativos de las situaciones dolorosas; y 4) un módulo de Destrezas de Regulación de las Emociones para identificar las emociones, reducir la vulnerabilidad emocional e incrementar los eventos positivos.

La terapia individual se brinda semanalmente y focaliza en revisar un diario semanal que documenta el comportamiento suicida y auto-destructivo, que interfiere con el tratamiento y la calidad de vida, y el uso de nuevas destrezas. El terapeuta conduce un análisis comportamental de cada problema de comportamiento, con la meta de comprender su función y las situaciones que lo provocaron, identificando soluciones constructivas y evitando problemas. Durante las primeras doce semanas de tratamiento, se realizan consultas telefónicas con el terapeuta, que incluyen discusiones sobre las destrezas que pueden ser útiles para disminuir los comportamientos suicidas, reportar los comportamientos y eventos positivos y resolver conflictos con el terapeuta.

En las segundas doce semanas de tratamiento, los grupos de consulta del paciente focalizan en que los adolescentes se ayuden entre sí para utilizar destrezas para afrontar circunstancias vitales.

Psicoterapia psicodinámica

La resolución del conflicto es un aspecto básico en la psicoterapia psicodinámica. Tiene como objetivo resolver los conflictos internos relacionados con experiencias tempranas de rechazo, severa disciplina y abuso. También busca mejorar la auto-estima, posibilitando que los niños o adolescentes suicidas confíen más en sí mismos, y sean menos inhibidos por la creencia de que son responsables de crear sus circunstancias problemáticas. No hay estudios que aborden la eficacia de esta aproximación, que probablemente sea la forma de terapia más comúnmente administrada, y parece alentar el compromiso a largo plazo del paciente niño o adolescente.

Terapia familiar

Como se indicó más arriba, las discordias familiares, la pobre comunicación, los desacuerdos, la carencia de valores y metas cohesivas, y las rutinas y actividades irregulares (Miller y col., 1992) son comunes en niños y adolescentes suicidas, que a menudo se sienten aislados dentro de la familia. Algunos han sugerido que se ven a sí mismos como “descartables” para la familia, y esto es una fuerte motivación para la auto-aniquilación (Miller y col., 1992; Pfeffer, 1996; Sabbath, 1969). La intervención familiar puede disminuir estos problemas, mejorar la efectiva resolución de problemas y conflictos de la familia, y reducir la culpa dirigida hacia el niño o adolescente suicida. La psicoterapia cognitiva basada en la familia apunta a re-encuadrar la comprensión de la familia de sus problemas, a alterar las técnicas maladaptativas de resolución de problemas de la familia, y a alentar las interacciones familiares positivas (Rotheram-Borus y col., 1994). Harrington y col. (1998) encontraron que una intervención limitada en el tiempo y basada en el hogar para niños y adolescentes suicidas, tenía limitada eficacia para aquellos niños o adolescentes sin trastorno depresivo mayor. Las aproximaciones de psicoeducación pueden ayudar a los padres a clarificar su comprensión del comportamiento suicida del niño y adolescente, a identificar cambios en su estado mental que puedan generar repetición de un intento, y a reducir el grado de emoción expresada o ira (Brent y col., 1993d). El clínico puede fortalecer el poder de la familia para ayudar a restringir el acceso a medicamentos letales y armas de fuego, y para transmitir la importancia del tratamiento.

Intervenciones psicofarmacológicas

En meta-análisis de estudios de adultos, Tondo y colegas (1997) encontraron que el tratamiento de mantenimiento con litio reduce ampliamente (8,6 veces) la recurrencia de intentos de suicidio en adultos con trastorno bipolar u otros trastornos afectivos mayores. Más aun, cuando el litio es discontinuado, la tasa de intentos de suicidio se incrementa por 7 veces, y la tasa de suicidio por 9 veces.

Tondo y col. notaron que los efectos del litio de reducir el riesgo suicida pueden ser únicos, y pueden ser debidos a sus propiedades de incremento serotoninérgico central. Sin embargo, las prescripciones de litio a niños y adolescentes requieren la supervisión cuidadosa de un tercero, ya que las sobredosis pueden ser letales.

Otros estabilizadores del humor, como el valproato o la carbamacepina, son también ampliamente usados para tratar trastornos bipolares en niños y adolescentes, aunque su eficacia aún debe ser demostrada empíricamente. Sin embargo, como con los adultos, los niños y adolescentes deprimidos y suicidas con una historia de trastorno bipolar deberían ser tratados primero con un estabilizador del humor antes de recibir un antidepresivo.

Si la eficacia del litio es eventualmente demostrada en los adolescentes, también se necesitará investigación para determinar el tiempo necesario para tratar a niños y adolescentes suicidas. El tratamiento psicofarmacológico también puede estar indicado para los trastornos asociados que frecuentemente se presentan, aunque no hay evidencia de que esto reduzca el riesgo de ulterior intento de suicidio o suicidio consumado. Más aun, se debe ser cauteloso sobre el riesgo de inducir ideación o comportamiento suicida a través de la activación o desinhibición psicofarmacológica.

Los estudios en adultos deprimidos han encontrado que los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) reducen las ideación suicida (por ejemplo, Letizia y col., 1996) y reducen independientemente la frecuencia de intentos de suicidio en pacientes no deprimidos con trastornos de personalidad del grupo B con historia de intentos de suicidio. En un ensayo controlado con el neuroléptico de depósito flupentixol, Montgomery y Montgomery (1982) notaron una reducción significativa de los intentos de suicidio en adultos que habían hecho varios intentos previos. Deben aún conducirse estudios similares en adolescentes, aunque los ensayos con ISRS en adolescentes deprimidos indican que estas drogas son seguras y efectivas para tratar la depresión adolescente (Emslie y col., 1997; Ryan y Varma, 1998). Dado que los ISRS, tales como fluoxetina, parecen ser más efectivos para

tratar la depresión adolescente (Emslie y col., 1997) que los antidepresivos tricíclicos (Ryan y Varma, 1998), en estudios controlados con placebo metodológicamente apropiados, es razonable considerar a los ISRS como medicación de primera elección para los niños y adolescentes suicidas (ver también los Parámetros Prácticos para la Evaluación y Tratamiento de Niños y Adolescentes con Trastornos Depresivos de la Academia Americana de Psiquiatría de Niños y Adolescentes, 1998). En contraste con el alto potencial letal de los antidepresivos tricíclicos en sobredosis, los ISRS tienen bajo potencial letal.

Sin embargo, en la pasada década ha surgido mucha controversia acerca de si los antidepresivos ISRS pueden inducir ideación y/o comportamiento suicida en una pequeña minoría de casos. En 1990-1991 aparecieron varios reportes de casos que describen pacientes que habían desarrollado preocupaciones suicidas luego de comenzar el tratamiento con fluoxetina (por ejemplo, King y col., 1991 [niños]; Masand y Dewan, 1991; Masand y col., 1991; Teicher y col., 1990 [adultos]). Estos reportes no fueron apoyados por meta-análisis y re-análisis de grandes ensayos de tratamiento con ISRS de pacientes deprimidos, bulímicos o ansiosos (Beasley y col., 1991; Letizia y col., 1996; Montgomery y col., 1995). Se llegó a la conclusión de que la ideación suicida es un síntoma común de depresión, y su prevalencia en pacientes tratados con ISRS no es mayor que la esperada.

Sin embargo, un re-análisis (Mann y Kapur, 1991) de datos presentados en algunos de estos estudios, sugirió que la nueva ideación era significativamente más común en los pacientes deprimidos tratados con ISRS que previamente no habían reportado ideación suicida. Más aun, en un estudio naturalístico, Rothschild y Locke (1991) fueron capaces de re-inducir ideas suicidas en una pequeña serie de pacientes que habían experimentado la ideación por primera vez luego de comenzar el tratamiento con fluoxetina. Estos pacientes también habían experimentado acatisia como complicación del tratamiento con fluoxetina, y la relación entre suicidalidad y acatisia inducida por fluoxetina ha sido notada por otros autores (Hamilton y Opler, 1992).

En esta etapa, la conducta más sabia para el médico práctico es la de ser particularmente observador durante las etapas iniciales del tratamiento con fluoxetina de un adolescente deprimido, interrogar sistemáticamente acerca de ideación suicida antes y después del inicio del tratamiento, y estar especialmente alerta a la posibilidad de suicidalidad si el tratamiento con ISRS se asocia a la instalación de la acatisia.

Los clínicos deberían ser cautos al prescribir medicamentos que pueden reducir el auto-control, tales como benzodiazepinas y fenobarbital. El fenobarbital también tiene alto potencial letal en sobredosis (Carlsten y col., 1997). Montgomery (1997) notó que las benzodiazepinas pueden desinhibir a algunos individuos, que entonces presentarán agresión e intentos de suicidio, y hay sugerencias de efectos similares de los antidepresivos maprotilina y amitriptilina, de las anfetaminas y del fenobarbital (Carlsten y col., 1996). Las anfetaminas y otros medicamentos estimulantes deberían ser prescritos sólo para tratar a niños y adolescentes con ADHD. Los estimulantes son el tratamiento de primera línea para varones con ADHD. Los tricíclicos no deberían ser prescritos, debido a su mayor potencial letal.

En suma, el litio o un estabilizante del humor pueden ser etiquetados como tratamiento farmacológico de primera línea para niños y adolescentes con trastorno bipolar, y deberían ser indicados antes que los antidepresivos. Los ISRS son el tratamiento psicofarmacológico preferido para la depresión infantil y adolescente, con la precaución de que los jóvenes suicidas que estén tomando ISRS deben ser vigilados por cualquier incremento en la agitación o la suicidalidad. Los estimulantes deberían ser prescritos sólo en niños y adolescentes con ADHD. Mientras que la medicación puede ser esencial para estabilizar y tratar al niño y adolescente suicida, su administración debe ser monitorizada cuidadosamente por un tercero que pueda reportar cualquier cambio inesperado de humor, incremento en la agitación o estado de emergencia, o efectos secundarios indeseados, y que pueda regular la dosis.

Prevención

Prevención del suicidio basada en la comunidad

Las principales aproximaciones de salud pública para la prevención del suicidio han sido: 1) líneas telefónicas de crisis; 2) control de métodos; 3) búsqueda indirecta de casos, educando a recepcionistas potenciales, docentes, padres, clero, y pares, para identificar los “signos de alerta” de un suicidio inminente; 4) búsqueda directa de casos entre estudiantes de secundaria o universidades, o entre pacientes de médicos de atención primaria, rastreando condiciones que ubiquen a los adolescentes en riesgo de suicidio; 5) asesoramiento a los medios para minimizar el suicidio por imitación; y 6) entrenar a los profesionales para mejorar el reconocimiento y el tratamiento de los trastornos del humor.

Líneas telefónicas de crisis

Aunque las líneas telefónicas de crisis están disponibles en casi todos los Estados Unidos, la investigación hasta ahora ha sido bastante limitada, y ha fallado en demostrar que estas líneas telefónicas tengan un impacto en la incidencia del suicidio. Las posibles razones para esto incluirían las siguientes:

1. Los individuos activamente suicidas (varones e individuos con un trastorno mental agudo) no llaman a las líneas telefónicas, porque están agudamente perturbados, preocupados, o tratan de no ser desviados del curso de acción que se han propuesto.
2. Los individuos suicidas pueden fallar en acceder a la línea telefónica. Estas a menudo están ocupadas, y puede haber una espera larga antes de que la llamada sea respondida, y entonces se desconectan.
3. El consejo proporcionado a través de una línea telefónica puede ser estereotipado, inapropiado para las necesidades del que llama, o percibido como de poca ayuda para él.
4. Las preferencias de género para buscar ayuda generan que la mayoría de los usuarios sean de sexo femenino, mientras que los varones están en mayor riesgo de suicidio.

A pesar de que estas deficiencias son potencialmente modificables, hasta ahora no ha habido intentos sistemáticos para hacerlo. Los estudios de investigación en esta área han sido escasos, y son urgentemente necesarios.

Restricción de métodos

Las preferencias de métodos varían según género y nacionalidad. En Estados Unidos, el método más común para cometer suicidio es por arma de fuego, y se ha sugerido que reduciendo la disponibilidad de armas de fuego se reduciría la incidencia de suicidio (Moscicki, 1995). Sin embargo, un experimento natural en Gran Bretaña hace esto poco probable. El método suicida favorito, la auto-asfixia con gas de carbón, se volvió imposible luego de la introducción del gas natural. Esto resultó en una marcada, pero no permanente, declinación en la tasa de suicidio. En una década la tasa de suicidio había retornado a los niveles previos, y los suicidios se cometían por medios alternativos. Hasta el momento no existe evidencia suficiente acerca de que reducir el acceso a las armas de fuego mediante leyes de seguridad tenga un impacto significativo en los suicidios atribuibles a armas de fuego, aunque sí tiene impacto en las muertes accidentales por armas de fuego (Cummings y col., 1997). La elevación de la edad mínima legal para beber alcohol para los adultos jóvenes sí parece reducir la tasa de suicidio en el grupo etario afectado (Birckmayer y Hemenway, 1999).

Búsqueda indirecta de casos a través de la educación

Los estudios controlados (Shaffer y col., 1991; Spirito y col., 1988a; Vieland y col., 1991) no han podido demostrar que las clases sobre suicidio para estudiantes de secundaria incrementen el comportamiento de búsqueda de ayuda cuando están en problemas o deprimidos. Por otra parte, existe evidencia de que los adolescentes previamente suicidas se perturban ante la exposición a tales clases (Shaffer y col., 1990). Estos programas educacionales, por lo tanto, parecen ser una manera no efectiva de búsqueda de casos, al tiempo que pueden

conllevar un riesgo injustificado de activar pensamientos suicidas.

Búsqueda directa de casos

La búsqueda directa de casos es un modo excelente y con buena relación costo/efectividad para identificar niños y adolescentes en posible riesgo en establecimientos escolares (Reynolds, 1991; Shaffer y col., 1996b); es altamente sensible.

Existe evidencia de que los adolescentes –si se les pregunta en forma no amenazante– brindarán información exacta sobre sus pensamientos o comportamiento suicida. Por lo tanto, una aproximación razonable a la prevención del suicidio consiste en rastrear sistemáticamente a los varones de 15 a 19 años (el grupo etario de mayor riesgo para intentos de suicidio) en los siguientes aspectos: 1) intentos de suicidio previos; 2) preocupaciones suicidas recientes y serias; 3) depresión; y 4) complicaciones por uso de alcohol o sustancias. Es claro que los programas de rastreo necesitan ir más allá de la identificación de un adolescente con perfil de alto riesgo. Los jóvenes así identificados deberían ser derivados para evaluación y, si es necesario, para tratamiento. Pueden ser necesarios acuerdos de contingencias, para asistir a adolescentes no asegurados.

Asesoramiento a los medios

Los Centros para la Prevención y Control de Enfermedades (de un taller en 1994) y la Fundación Americana para la Prevención del Suicidio (1999) han editado guías razonables para reporteros y editores, apuntando a los riesgos de la cobertura exagerada o prominente del suicidio joven en general, y de los riesgos de focalizar la atención en un suicidio individual. Estas guías razonables, extractadas en el Apéndice 2, deberían ser conocidas por los clínicos de niños y adolescentes involucrados en la práctica de salud pública, aunque hasta ahora no existe buena evidencia de que su aplicación sea efectiva para reducir la tasa de suicidio.

Entrenamiento

Luego de un curso de dos días de entrenamiento sobre cómo evaluar los trastornos del humor y la suicidalidad, estudios preliminares y aún no reproducidos en Suecia (Rihmer y col., 1995), sugieren que educar a los médicos de atención primaria para identificar y tratar mejor los trastornos del humor, resulta en una reducción en el número de suicidios y de intentos de suicidio (entre las mujeres), y en un incremento de la prescripción de antidepresivos y de hospitalizaciones. Debido a que el tratamiento óptimo de la depresión adolescente no es tan bien comprendido como el de la depresión en el adulto, ésta es una opción que puede ser útil, pero hasta el momento es aún preliminar. Educar a todos los clínicos que atienden adolescentes, no sólo a los clínicos de la salud mental, sobre cómo reconocer y, si es necesario, derivar al niño o adolescente suicida, es una meta valiosa en sí misma, independientemente de su impacto en el suicidio.

Postvención

Cuando un padre o hermano se suicida, el niño pre-puberal condolido está en riesgo de síntomas de ansiedad y depresión. Una proporción considerable de estos varones de hecho desarrolla trastornos de ansiedad, incluyendo trastorno por estrés post traumático (PTSD) y trastornos del humor que incluyen depresión mayor (Pfeffer y col., 1997). El hecho de tener un amigo o conocido que cometa suicidio, incrementa la probabilidad de inicio de depresión mayor, trastorno de ansiedad, ideación suicida y PTSD en los adolescentes en los seis meses inmediatamente subsiguientes al suicidio (Brent y col., 1996b; Pfeffer, 1997). La presencia de un trastorno psiquiátrico previo, y de historia familiar de trastornos psiquiátricos, particularmente enfermedad afectiva, o la exposición previa a comportamiento suicida, incrementan la vulnerabilidad de los adolescentes expuestos al suicidio de un par (Brent y col., 1996b). Los síntomas psiquiátricos parentales, tales como depresión, PTSD, u otros trastornos de ansiedad, están

directamente relacionados con la severidad de la propensión del varón condolido para síntomas de ansiedad o depresión (Pfeffer, 1997). El hecho de atestiguar realmente el suicidio o visualizar la escena posteriormente, incrementa el riesgo de PTSD y de trastornos de ansiedad del adolescente (Brent y col., 1996b). Del mismo modo que la intervención es extremadamente importante en este período inmediato, el apoyo y la asistencia a largo plazo también son necesarios. Tres años después de un suicidio adolescente, los amigos adolescentes que hablaron con la víctima el día antes del suicidio, y sintieron que tenían conocimiento del suicidio inminente y fallaron en evitarlo, son los más proclives a continuar sufriendo de depresión mayor y PTSD (Brent y col., 1996b). Los clínicos necesitan trabajar cuidadosamente con los adolescentes que exhiben culpa, y deben reconocer que los efectos de un suicidio adolescente llegan lejos. El duelo debería distinguirse de la depresión y de un trastorno psiquiátrico. Ya que un intento de suicidio adolescente también puede incrementar el riesgo de comportamiento suicida y trastornos psiquiátricos en los amigos y conocidos (Hazell y Lewin, 1993), los clínicos también necesitan trabajar con los adolescentes cuyos amigos o conocidos han intentado el suicidio.

El objetivo del clínico es disminuir la probabilidad de que otros se identifiquen con el comportamiento suicida del fallecido como estrategia de afrontamiento para manejar la adversidad (Brent, 1997). El asesoramiento psicoeducativo puede reducir el riesgo de comportamiento suicida en esas circunstancias. También se necesita intervención para promover el duelo y disminuir los sentimientos personales de culpa, trauma y aislamiento social del niño o adolescente (Pfeffer, 1997). Este tratamiento puede ser brindado en reuniones individuales, en sesiones grupales con otros adolescentes, o en conjunto con los padres que necesiten ayuda para apoyar las capacidades adaptativas de sus hijos niños o adolescentes. Los profesionales de la escuela a veces ofrecen programas de este tipo y pueden ser muy valiosos para identificar a los amigos condolidos que puedan necesitar ayuda.

Conflicto de intereses

Como asunto político, algunos de los autores de los parámetros prácticos de la AACAP están en activa práctica clínica, y pueden haber recibido ingresos con relación a tratamientos discutidos en estos parámetros. Algunos autores pueden estar involucrados primariamente en investigación u otras actividades académicas, y también pueden haber recibido ingresos relacionados con el tratamiento discutido en estos parámetros. Para minimizar el potencial de estos parámetros de contener recomendaciones sesgadas debidas a conflicto de intereses, los parámetros fueron revisados extensamente por miembros del Grupo de Trabajo, consultores, y miembros de la Academia; se solicitó a los autores y encargados de revisar que basaran sus recomendaciones en una evaluación objetiva de la evidencia disponible. Se solicitó a aquellos que creyeran que podría haber un conflicto de intereses que sesgara, o aparentemente sesgara, su trabajo en estos parámetros, que notificaran a la Academia.

Datos científicos y consenso clínico

Los parámetros prácticos son estrategias para el manejo de los pacientes, desarrolladas para asistir a los clínicos en la toma de decisiones psiquiátricas. Estos parámetros, basados en la evaluación de la literatura científica y en los consensos clínicos relevantes, describen las aproximaciones generalmente aceptadas para valorar y tratar trastornos específicos o para llevar a cabo procedimientos médicos específicos. La validez de los hallazgos científicos fue juzgada por el diseño, la selección y el tamaño de la muestra, la inclusión de grupos de comparación, lo generalizable de los resultados, y el acuerdo con otros estudios. El consenso clínico fue determinado a través de una revisión extensiva por parte de los miembros del Grupo de Trabajo en Aspectos de Calidad, de consultantes en psiquiatría de niños y adolescentes expertos en el área de contenidos, de la membresía completa de la Academia, y de la Asamblea y el Consejo de la Academia.

Estos parámetros no están destinados a definir el estándar de atención, ni se debe considerar que incluyen todos los métodos propios de atención, o que excluyen otros métodos dirigidos a obtener los resultados deseados. El juicio último con respecto a la atención de un paciente particular debe ser realizado por el clínico a la luz de todas las circunstancias presentadas por el paciente y su familia, las opciones de diagnóstico y tratamiento disponibles, y los recursos disponibles. Dados los cambios inevitables en la información científica y la tecnología, estos parámetros serán revisados periódicamente y actualizados cuando sea apropiado.

Apéndice 1: sitios web seleccionados con hechos y recursos sobre suicidio

La siguiente es una lista de sitios Web que puede ser relevante para el clínico que busca más información o para la familia y amigos de un joven suicida. Estos sitios Web fueron obtenidos por una búsqueda en Internet, con las palabras clave “suicidio” y “prevención del suicidio” a través de varios motores de búsqueda el 1º de mayo de 1999. La lista no es de ningún modo completa. Los sitios fueron seleccionados por representar organizaciones bien conocidas que manejan el suicidio y las enfermedades mentales en los Estados Unidos y otros países de habla inglesa.

Academia Americana de Psiquiatría de Niños y Adolescentes

- <http://www.aacap.org/>
- Hechos para las Familias
- Suicidio Adolescente: <http://www.aacap.org/publications/factsfam/suicide.htm>
- El Niño Deprimido: <http://www.aacap.org/publications/factsfam/depressed.htm>
- Trastorno Maníaco Depresivo en Adolescentes: <http://www.aacap.org/publications/factsfam/bipolar.htm>
- Adolescentes Gay y Lesbianas: <http://www.aacap.org/publications/factsfam/63.htm>

Asociación Americana de Suicidología

- <http://www.suicidology.org/>

Fundación Americana para la Prevención del Suicidio

- <http://www.afsp.org/> (Excelente sitio con links para artículos de investigación y hechos sobre jóvenes suicidas; tiene información para aquellos interesados en dedicarse a la investigación).

Asociación Americana de Psiquiatría

- Suicidio Adolescente: <http://www.psych.org/> (Buen resumen para padres y pares con listas de dónde encontrar ayuda).

Estrategia Nacional Australiana de Prevención del Suicidio Juvenil

Proyecto de Comunicaciones

- <http://www.aifs.org.au/external/ysp/ysplinks.html> (Guía para muchos excelentes sitios web australianos que listan estrategias de prevención y recursos).

Asociación Canadiense para la Prevención del Suicidio

- Líneas de Vida Comunitarias: <http://www3.sympatico.ca/masecard/> (Asociación nacional canadiense sin fines de lucro; texto en francés e inglés).

Centros para la Prevención y el Control de Enfermedades

Pautas de Prevención del CDC

- Programas para la Prevención del Suicidio Entre Adolescentes y Adultos Jóvenes (1994): <http://aepo-xdv-www.epo.cdc.gov/wonder/prevguid/m0031525/m0031525.htm>

- Contagio del Suicidio y el Reporte del Suicidio: Recomendaciones de un Taller Nacional de Trabajo (1994): <http://aepo-xdv-www.epo.cdc.gov/wonder/prevguid/m0031539/m0031539.htm>

- Programas de Prevención del Suicidio Juvenil: Una Guía de Recursos (1992): <http://aepo-xdv-www.epo.cdc.gov/wonder/prevguid/p0000024/p0000024.htm>

- Recomendaciones del CDC para un Plan Comunitario para la Prevención y Contención de Grupos Suicidas (1988): <http://aepo-xdv-www.epo.cdc.gov/wonder/prevguid/p0000214/p0000214.htm>

- Centro Nacional para la Prevención y Control de Lesiones: Suicidio y Violencia (hoja de hechos): <http://www.cdc.gov/ncipc/dvp/suifacts.htm>

Asociación Nacional de Depresivos y Maníaco-Depresivos

- <http://www.ndmda.org/>
- Suicidio: <http://www.ndmda.org/suicide.htm>
- Librillo de Suicidio y Enfermedad Depresiva: <http://www.ndmda.org/suicide.htm> (Muchos link excelentes sobre suicidio y enfermedad depresiva y maníaco-depresiva del niño y el adolescente para la familia y los pacientes).

Instituto Nacional de Salud Mental

- Consorcio de Investigación de Suicidio: <http://www.nimh.nih.gov/research/suicide.htm> (Contiene una hoja de hechos sobre el suicidio, información epidemiológica, bibliografía, e información para los interesados en dedicarse a la investigación).

Páginas Amarillas de Prevención

- Suicidio: <http://www.tyc.state.tx.us/prevention/40001ref.html#SUI> (Lista de referencia para muchos artículos de investiga-

ción recientes sobre programas designados para prevenir el suicidio juvenil)

Centro de Información y Educación sobre el Suicidio

- <http://www.siec.ca/> (Se brindan extensos recursos, así como respuestas a preguntas frecuentes y recursos de biblioteca)

Sitio para Sobrevivientes

- 1000 Muertes (por Christine Smith): <http://www.1000deaths.com/>

E-mail de Apoyo a los Sobrevivientes

- suicide-survivors-request@research.canon.com.au

Apéndice 2: guía de los medios para clínicos y reporteros

Preocupaciones generales y recomendaciones

Fuente: Centros para la Prevención y el Control de Enfermedades, Base de Datos de las Guías de Prevención (1994), contagio del suicidio y reporte del suicidio de un taller nacional MMWR 43(RR-6):9-18 (<http://aepo-xdv-www.epo.cdc.gov/wonder/prevguid/m0031539/m0031539.htm>)

Las siguientes preocupaciones y recomendaciones deberían ser revisadas y comprendidas por los profesionales de la salud, los suicidólogos, los oficiales públicos, y otros que proveen información para el reporte del suicidio:

- El suicidio es a menudo digno de ser noticia, y probablemente será reportado. La misión de una organización de noticias es reportar a la información pública los eventos de la comunidad. Si un suicidio es considerado digno de ser noticia, probablemente será reportado. Los proveedores de atención de salud deberían darse cuenta de que los esfuerzos para impedir la cobertura de noticias pueden no ser efectivos, y su meta debería ser asistir a los profesionales de las noticias en sus esfuerzos hacia un reporte responsable preciso.

- “Sin comentarios” no es una respuesta productiva para los representantes de los medios que están cubriendo una historia de suicidio. El rehusarse a hablar con los medios no impide la cobertura de un suicidio; más bien excluye una oportunidad para influir el contenido del reporte. No obstante, los oficiales públicos no deberían sentirse obligados a proveer una respuesta inmediata a preguntas difíciles. Deberían, sin embargo, estar preparados para proveer un horario razonable para brindar tales respuestas, y/o ser capaces de dirigir a los medios hacia alguien que puede proveer las respuestas.

- Todas las partes deberían entender que existe una base científica para preocuparse de que la cobertura periodística de un suicidio pueda contribuir a causar suicidio. Los esfuerzos de las personas que tratan de minimizar el contagio suicida son fácilmente mal interpretados. Los oficiales de la salud deberían tomarse tiempo para explicar las bases científicas cuidadosamente establecidas de su preocupación sobre el contagio suicida y sobre cómo el potencial de contagio puede ser reducido por un reporte responsable.

- Algunas características de la cobertura periodística del suicidio pueden contribuir al contagio, y otras características pueden ayudar a prevenir el suicidio. Los clínicos y los investigadores reconocen que no es la cobertura periodística del suicidio per se, pero sí ciertos tipos de coberturas periodísticas, las que promueven el contagio. Las personas preocupadas por prevenir el contagio suicida deberían estar al tanto de que ciertas características de la cobertura periodística, más que la cobertura periodística en sí misma, deberían ser evitadas.

- Los profesionales de la salud u otros oficiales públicos no deberían tratar de decir a los reporteros qué reportar o cómo escribir las noticias con relación al suicidio. Si la naturaleza y el aparente mecanismo de contagio son entendidos, los medios periodísticos serán más proclives a presentar las noticias de un modo que minimice la posibilidad de tal contagio. En lugar de dictar lo que debería ser reportado, los oficiales públicos deberían explicar el potencial de contagio suicida asociado con ciertos tipos de reportes y deberían sugerir formas de minimizar el riesgo de contagio.

- Los oficiales públicos y los medios periodísticos deberían considerar cuidadosamente lo que se debe decir y reportar con relación al suicidio. Los reporteros generalmente presentan la información que se les da. Los comentarios descuidados sobre un suicidio por un oficial público pueden resultar en una cobertura periodística dañina. Dados los riesgos potenciales, los oficiales públicos y los medios deberían buscar minimizar estos riesgos considerando cuidadosamente lo que debe decirse y reportarse con relación al suicidio.

Aspectos de la cobertura periodística que pueden promover el contagio suicida

Fuente: Fundación Americana para la Prevención del Suicidio, Gould MS, Kramer R. reportando un suicidio. Fundación Americana para la Prevención del Suicidio, 120 Wall Street, 22nd floor, New York, NY10025; 363-3500; www.afsp.org

La Fundación Americana para la Prevención del Suicidio ha editado las siguientes buenas sugerencias, desarrolladas por Madelyn Gould, Ph.D., y Rachel Kramer, Sc.D., sobre cómo los periodistas podrían ser capaces de minimizar el riesgo de inducir comportamiento suicida.

- Es desorientador presentar al suicidio como un acto inexplicable de una persona por lo demás “sana”. Reconocer la naturaleza multi-determinada de suicidio, particularmente los problemas psiquiátricos subyacentes que pueden no ser inmediatamente aparentes al observador.
- Comunicar que el suicidio es evitable brindando modelos de tratamiento efectivo. Prover recursos para ulterior información y ayuda.
- Cuestionarse si el suicidio es inusual o digno de ser noticia. La gente puede no necesitar ser informada sobre todos los suicidios.
- Tener en mente que las imágenes de la víctima y de los familiares y amigos condolidos, pueden generar una identificación patológica con la víctima e, inadvertidamente, glorificar al muerto.

- Evitar la cobertura excesiva y prominente.
- Tratar de evitar los titulares. Los titulares inapropiados pueden ir en contra de una historia que, por lo demás, sea de ayuda.
- Limitar la descripción detallada del método, para evitar el comportamiento de imitación.

Referencias

Las referencias marcadas con un asterisco son particularmente recomendadas.

Adams M, Adams J (1991), Life events, depression, and perceived problem-solving alternatives in adolescents. *J Child Psychol Psychiatry* 32:811-820.

Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration (1989), Report of the Secretary's Task Force on Youth Suicide, Vol 1: Overview and Recommendations (DHHS Publication ADM 89-1621). Washington, DC: US Government Printing Office.

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1998), Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 37(suppl): 63S-83S.

American Foundation for Suicide Prevention (1999), Today's Suicide Attempter Could Be Tomorrow's Suicide (poster). New York: American Foundation for Suicide Prevention, 1-888-333-AFSP.

Amsel L, Mann JJ (2001), Biological aspects of suicidal behavior. In: *New Oxford Textbook of Psychiatry*, Gelder MG, Lopez-Ibor JJ, Andreasen NC, eds. Oxford, England: Oxford University Press, Vol I, pp 1045-1050.

Andrews JA, Lewinsohn PM (1992), Suicidal attempts among older adolescents: prevalence and co-occurrence with psychiatric disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 31:65 5-662.

Arango V, Underwood MD, Mann JJ (1997), Biologic alterations in the brainstem of suicides. *Psychiat Clin North Am* 20:581-593.

Beasley CM Jr, Dornseif BE, Bosomworth JC et al. (1991), Fluoxetine and suicide: a meta-analysis of controlled trials of treatment for depression. *BMJ* 303:685-692.

Beck AT, Kovacs M, Weissman A (1979a), Assessment of suicide intention: the Scale for Suicide Ideation. *J Consult Clin Psychol* 47:343-352.

Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G (1979b), *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford.

Beck AT, Schuyler D, Herman I (1974a), Development of suicidal intent scales. In: *The Prediction of Suicide*, Beck AT, Resnik HLP, Lettieri DJ, eds. Bowie, MD: Charles Press, pp 45-56.

Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L (1974b), The measurement of pessimism: the Hopelessness Scale. *J Consult Clin Psychol* 42:861-865.

Berman AL, Jobes DA (1991), *Adolescent Suicide: Assessment and Intervention*. Washington, DC: American Psychological Association.

Birckmayer J, Hemenway D (1999), Minimum-age drinking laws and youth suicide, 1970-1990. *Am J Public Health* 89:1365-1368.

***Birmaher B, Brent DA, Kolko D et al.** (2000), Clinical outcome after short-term psychotherapy for adolescents with major depressive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 57:29-36.

Bollen KA, Philips DP (1982), Imitative studies: a national study of the effects of television news stories. *Am Sociol Rev* 47:802-809.

Boyd JH, Moscicki EK (1986), Firearms and youth suicide. *Am J Public Health* 76:1240-1242.

Brent DA (1997), The aftercare of adolescents with deliberate self-harm. *J Child Psychol Psychiatry*, 38:277-286

***Brent DA, Baugher M, Bridge J, Chen T, Chiappetta L** (1999), Age- and sex-related risk factors for adolescent suicide. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 38:1497-1505.

Brent DA, Bridge J, Johnson BA, Connolly J (1996a), Suicidal behavior runs

in families: a controlled family study of adolescent suicide victims. *Arch Gen Psychiatry* 53:1145-1152.

Brent DA, Holder D, Kolko D et al. (1997), A clinical psychotherapy trial for adolescent depression comparing cognitive, family, and supportive therapy. *Arch Gen Psychiatry* 54:877-885.

Brent DA, Johnson B, Bartle S et al. (1993a), Personality disorder, tendency to impulsive violence, and suicidal behavior in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 32:69-75.

Brent DA, Johnson BA, Perper J et al. (1994a), Personality, disorder, personality traits, impulsive violence, and completed suicide in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 33:1080-1086.

Brent DA, Kalas R, Edelbrock C, Costello AJ, Dulcan MK, Conover N (1986), Psychopathology, and its relationship to suicidal ideation in childhood and adolescence. *J Am Acad Child Psychiatry* 25:666-673.

***Brent DA, Moritz G, Bridge J, Perper J, Canobbio R** (1996b), Long-term impact of exposure to suicide: a three-year controlled follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 35:646-653.

Brent DA, Perper JA (1995), Research in adolescent suicide: implications for training, service delivery, and public policy. *Suicide Life Threat Behav* 25:222-230.

Brent DA, Perper JA, Allman CJ (1987), Alcohol, firearms, and suicide among youth: temporal trends in Allegheny County, Pennsylvania, 1960 to 1983. *JAMA* 257:3369-3372

Brent DA, Perper JA, Allman CJ, Moritz GM, Wartella ME, Zelenak JP (1991), The presence and accessibility of firearms in the homes of adolescent suicides: a case-control study. *JAMA* 266:2989-2995.

Brent DA, Perper JA, Goldstein CE et al. (1988), Risk factors for adolescent suicide: a comparison of adolescent suicide victims with suicidal inpatients. *Arch Gen Psychiatry* 45:581-588.

Brent DA, Perper J, Moritz G, Baugher M, Allman C (1993b), Suicide in adolescents with no apparent psychopathology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 35:494-500.

Brent DA, Perper JA, Moritz G, Baugher M, Schweers J, Roth C (1993c), Firearms

and adolescent suicide: a community case-control study. *Am J Dis Child* 147:1066-1071.

Brent DA, Perper JA, Moritz G et al. (1994b), Family risk factors for adolescent suicide: a case-control study. *Acta Psychiatr Scand* 89:52-58.

Brent DA, Poling K (1989, revised 1997), *Cognitive Therapy Manual for Depressed and Suicidal Youth*. Pittsburgh: Western Psychiatric Institute and Clinic, University of Pittsburgh Medical Center.

Brent DA, Poling K, McKain B, Baugher M (1993d), A psychoeducational program for families of affectively ill children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 32:770-774.

Brodsky BS, Malone KM, Ellis SP, Dulit RA, Man JJ (1997), Characteristics of borderline personality disorder associated with suicidal behavior. *Am J Psychiatry* 154:1715-1719.

***Brown J, Cohen P, Johnson JG, Smailes EM** (1999), Childhood abuse and neglect: specificity of effects on adolescent and young adult depression and suicidality. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 38:1490-1496.

Brown M, King E, Barraclough B (1995), Nine suicide pacts: a clinical study of a consecutive series 1974-93. *Br J Psychiatry* 167:448-451.

Carlson GA, Asarnow JR, Orbach I (1994), Developmental aspects of suicidal behavior in children and developmentally delayed adolescents. In: *Children, Youth, and Suicide: Developmental Perspectives* (New Directions for Child Development Series, No. 64), Noam GG, Borst S et al., eds. San Francisco: Jossey-Bass, pp. 93-107.

Carlsten A, Allebeck P, Brandt L (1996), Are suicide rates in Sweden associated with changes in the prescribing of medicines? *Acta Psychiatr Scand* 94:94-100.

Centers for Disease Control and Prevention (1998), Youth risk behavior surveillance-United States, 1997. *MMWR* SS-3.

Clarke GN, Rohde P, Lewinsohn PM, Hops H, Seeley JR (1999), Cognitive-behavioral treatment of adolescent depression: efficacy of acute group treatment and booster sessions. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 38:272-279.

Corbitt EM, Malone KM, Haas GL, Mann JJ (1996), Suicidal behavior in patients with major depression and comorbid personality disorders. *J Affect Disord* 39:61-72.

Coté TR, Biggar RJ, Dannenberg AL (1992), Risk of suicide among persons with AIDS: a national assessment. *JAMA* 268:2066-2068.

Cummings P, Grossman DC, Rivara FP, Koepsell TD (1997), State gun safe storage laws and child mortality due to firearms. *JAMA* 278:1084-1086.

Dannenberg AL, McNeil JG, Brundage JF, Brookmeyer R (1996), Suicide and HIV infection: mortality follow-up, of 4147 HIV-positive military service applicants. *JAMA* 276:1743-1746.

de Wilde EJ, Kienhorst IC, Diekstra RF, Wolters WH (1992), The relationship between adolescent suicidal behavior and life events in childhood and adolescence. *Am J Psychiatry* 149:45-51.

Deykin EY, Alpert JJ, McNamara JJ (1985), A pilot study of the effect of exposure to child abuse or neglect on adolescent suicidal behavior. *Am J Psychiatr* 142:1299-1303.

Egan MP, Rivera SG, Robillard RR, Hanson A (1997), The "no suicide contract": helpful or harmful? *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 35:31-33.

Elkin I, Shea MT, Watkins JT et al. (1989), National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program: general effectiveness of treatments. *Arch Gen Psychiatry*, 46:971-982; discussion 983.

Emslie G, Rush A, Weinberg W et al. (1997), A double-blind, randomized placebo-controlled trial of fluoxetine in children and adolescents with depression. *Arch Gen Psychiatry* 54:1031-1037.

Faulkner AH, Cranston K (1998), Correlates of same-sex sexual behavior in a random sample of Massachusetts high school students. *Am J Public Health* 88:262-266.

Fergusson DM, Horwood LJ, Beautrais AL (1999), Is sexual orientation related to mental health problems and suicidality in young people? *Arch Gen Psychiatry* 56:876-880.

Fergusson DM, Horwood LJ, Lynskey MT (1996), Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood, II: psychiatric outcomes of childhood sexual abuse. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 35:1365-1374.

Fergusson DM, Lynskey MT (1995a), Antisocial behavior, unintentional and inten-

tional injuries during adolescence. *Criminal Behav Ment Health* 5:312-329.

Fergusson DM, Lynskey MT (1995b), Suicide attempts and suicidal ideation in a birth cohort of 16-year-old New Zealanders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 34:1308-1317.

Fisher P, Shaffer D, Gould MS, Parides M (1995), The New York Suicide Study: methods used and effect of immediate stressors. In: *Scientific Proceedings of the XVIIIth Congress of the International Association for Suicide Prevention and Crisis Intervention, Venice, Italy*.

Garofalo R, Wolf RC, Kessel S, Palfrey SJ, DuRant RH (1998), The association between health risk behaviors and sexual orientation among a school-based sample of adolescents. *Pediatrics* 101:895-902.

Garrison CZ, Lewinshon PM, Marsteller F, Langhinrichsen J, Lann I (1991), The assessment of suicidal behavior in adolescents. *Suicide Life Threat Behav* 21:217-230.

Gibbs JT (1997), African-American suicide: a cultural paradox. *Suicide Life Threat Behav* 27:68-79.

Goldston DB (2000), Assessment of Suicidal Behaviors and Risk Among Children and Adolescents. Technical report submitted to NIMH under contract 263-MD-909995; <http://www.nimh.nih.gov/research/measure.pdf>

Goldston DB, Reboussin DM, Kelley A, Ievers C, Brunstetter R (1996), First-time suicide attempters, repeat attempters, and previous attempters on an adolescent inpatient psychiatry unit. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 35:631-639.

Gould MS (1990), Suicide clusters and media exposure. In: *Suicide Over the Life Cycle*, Blumenthal S, Kupfer DJ, eds. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Gould MS (2001 a), Suicide and the media. In: *Suicide Prevention: Clinical and Scientific Aspects*, Hendin H, Mann JJ, eds. New York: Annals of the New York Academy of Sciences.

Gould MS (2001b), Teenage Suicide Clusters. *Child Psychiatry Grand Rounds*, Columbia University, New York, June.

Gould MS, Davidson L (1988), Suicide contagion among adolescents. In: *Advances in Adolescent Mental Health, Volume III*:

Depression and Suicide, Stiffman AR, Feldman RA, eds. Greenwich, CT. JAI Press.

Gould MS, Fisher P, Parides M, Flory M, Shaffer D (1996), Psychosocial risk factors of child and adolescent completed suicide. *Arch Gen Psychiatry* 53:1155-1162.

***Gould MS, King R, Greenwald S et al.** (1998), Psychopathology associated with suicidal ideation and attempts among children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 37:915-923.

Gould MS, Shaffer D (1986), The impact of television movies: evidence of imitation. *N Engl J Med* 315:690-694.

Gould MS, Shaffer D, Kleinman M (1988), The impact of suicide in television movies: replication and commentary. *Suicide Life Threat Behav* 18:90-99.

Gould MS, Wallenstein S, Kleinman M (1990a), Time-space clustering of teenage suicide. *Am J Epidemiol* 131:71-78 (abstracted in *Psychiatry/Neurology Digest*, Northbrook, IL: Clinical Digest Series, 1990, and *Psychiatry Digest*, 1, 19, 1991; portions reprinted in college textbook titled *Adolescence* by Laurence Steinberg, New York: McGraw-Hill, 1996).

Gould MS, Wallenstein S, Kleinman M, O'Carroll P, Mercy J (1990b), Suicide clusters: an examination of age specific effects. *Am J Public Health* 80:211-212 (abstracted in *Psychiatry/Neurology Digest*, Northbrook, IL: Clinical Digest Series, 1990).

Greenhill L, Waslick B, Parides M, Fan B, Shaffer D, Mann J (1995), Biological studies in suicidal adolescent inpatients. In: *Scientific Proceedings of the Annual Meeting of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, New Orleans, p 124.

Hafner H, Schmidtke A (1989), Do televised fictional suicide models produce suicides? In: *Suicide Among Youth: Perspectives on Risk and Prevention*, Pfeffer CR, ed. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Halperin JM, Sharma V, Siever LJ et al. (1994), Serotonergic function in aggressive and nonaggressive boys with attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry* 151:243-248.

Hamilton MS, Opler LA (1992), Akathisia, suicidality, and fluoxetine. *J Clin Psychiatry* 53:401-406.

Harrington R, Bredekamp D, Groothues C, Rutter M, Fudge H, Pickles A (1994), Adult outcomes of childhood and adolescent depression, III: links with suicidal behaviors. *J Child Psychol Psychiatr* 35:1309-1319.

Harrington R, Kerfoot M, Dyer E et al. (1998), Randomized trial of a home-based family intervention for children who have deliberately poisoned themselves. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 37:512-518.

Hazell P, Lewin T (1993), Friends of adolescent suicide attempters and completers. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 32:76-81.

Hewitt PL, Newton J, Flett GL, Callander L (1997), Perfectionism and suicide ideation in adolescent psychiatric patients. *J Abnorm Child Psychol* 25:95-101.

Hollis C (1996), Depression, family environment, and adolescent suicidal behavior. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 35:622-630.

Jacobsen LK, Rabinowitz I, Popper MS, Solomon RJ, Sokol MS, Pfeffer CR (1994), Interviewing prepubertal children about suicidal ideation and behavior. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 33:439-452.

Johnstone J, Huws R (1997), Autoerotic asphyxia: a case report. *J Sex Marital Ther* 23:326-332.

Juon HS, Ensminger ME (1997), Childhood, adolescent, and young adult predictors of suicidal behaviors: a prospective study of African-Americans. *J Child Psychol Psychiatry* 38:553-563.

Kaplan SJ, Pelcovitz D, Salzinger S, Mandel F, Weiner M (1997), Adolescent physical abuse and suicide attempts. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 36:799-808.

Katz P (1995), The psychotherapeutic treatment of suicidal adolescents. *Adolesc Psychiatry* 20:325-341.

Kazdin AE, Rodgers A, Golbus D (1986), The Hopelessness Scale for Children: psychometric characteristics and concurrent validity. *J Consult Clin Psychol* 54:241-245.

Kellermann AL, Rivara FP, Somes G. et al. (1992), Suicide in the home in relation to gun ownership. *N Engl J Med* 327:467-472.

Kernberg P (1994), Psychological interventions for the suicidal adolescent. *Am J Psychother* 48:52-63.

Kienhorst ICWM, Wilde EJ, Dickstra RFW, Wolters WHG (1995), Adolescents' image of their suicide attempt. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 34:623-628.

King CA, Franzese R, Gargan S, McGovern L, Ghaziuddin N, Naylor MW (1995), Suicide contagion among adolescents during acute psychiatric hospitalization. *Psychiatr Serv* 46:915-918.

King CA, Hovey JD, Brand E, Wilson R (1997), Suicidal adolescents after hospitalization: parent and family impacts on treatment follow-through. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 36:85-93.

King RA, Riddle MA, Chappell PB et al. (1991), Emergence of self-destructive phenomena in children and adolescents during fluoxetine treatment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 30:179-186.

Kizer KW, Green M, Perkins CI, Doebbert C, Hughes MJ (1988), AIDS and suicide in California (letter). *JAMA* 260:1881.

Klein DN, Lewinsohn PM, Seeley JR (1996), Hypomanic personality traits in a community sample of adolescents. *J Affect Disord* 38:135-143.

Klerman GL, Weissman MM, Rounsaville BJ (1984), *Interpersonal Psychotherapy of Depression*. New York: Basic Books.

Kovacs M, Goldston D, Gatsonis C (1993), Suicidal behaviors and childhood-onset depressive disorders: a longitudinal investigation. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 32:8-20.

***Kruesi MJ, Grossman J, Pennington JM, Woodward PJ, Duda D, Hirsch JG** (1999), Suicide and violence prevention: parent education in the emergency department. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 38:250-255.

Kruesi MJ, Swedo SE, Hamburger SD, Potter WZ, Rapoport JL (1988), Concentration gradient of CSF monoamine metabolites in children and adolescents. *Biol Psychiatry* 24:507-514.

Kruesi MJP, Hibbs ED, Zahn TP et al. (1992), A two-year prospective follow-up study of children and adolescents with disruptive behavior disorders: prediction by cerebrospinal fluid 5-hydroxyindoleacetic acid, homovanillic acid, and autonomic measures. *Arch Gen Psychiatry* 49:429-435.

Letizia C, Kapik B, Flanders WD (1996), Suicidal risk during controlled clinical investiga-

tions of fluvoxamine. *J Clin Psychiatry* 57:415-421

Linehan MM (1985), The Reasons for Living Inventory. In: *Innovations in Clinical Practice: A Source Book*, Keller PA, Ritt LG, eds. Sarasota, FL: Professional Resource Exchange, pp 321-330.

Linehan MM (1993a), *Cognitive Behavior Therapy of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford.

Linehan MM (1993b), *Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford.

Lock J, Steiner H (1999), Gay, lesbian, and bisexual youth risks for emotional, physical, and social problems: results from a community-based survey. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 38:297-304.

Loftin C, McDowall D, Wiersema B, Cottey TJ (1991), Effects of restrictive licensing of handguns on homicide and suicide in the District of Columbia. *N Engl J Med* 325:1615-1620.

Lucas CP, Shaffer D, Parides M, Wilcox H (1995), Unstable reporting of suicidal behavior and ideation. Paper presented at XVIIth Congress of the International Association for Suicide Prevention and Crisis Intervention, Venice, Italy.

Mann JJ (1998), The neurobiology of suicide. *Nat Med* 4:25-30.

Mann JJ, Kapur S (1991), The emergence of suicidal ideation and behavior during antidepressant pharmacotherapy. *Arch Gen Psychiatry* 48:1027-1033.

***Mann JJ, Stoff DM** (1997), A synthesis of current findings regarding neurobiological correlates and treatment of suicidal behavior. *Am N Y Acad Sci* 836:352-363.

Martin W (1984), Religiosity and United States suicide rates, 1972-1978. *J Clin Psychol* 40:1166-1169.

Marttunen MJ, Hillevi MA, Henriksson MM, Lonnqvist JK (1991), Mental disorders in adolescent suicide: DSM-III-R Axes I and II diagnoses in suicides among 13-to 19-year-olds in Finland. *Arch Gen Psychiatry* 48:834-839.

Marzuk PM, Tardiff K, Leon AC et al. (1997), HIV seroprevalence among suicide victims in New York City, 1991-1993. *Am J Psychiatry* 154:1720-1725.

Masand P, Dewan M (1991), Association of fluoxetine with suicidal ideation. *Am J Psychiatry* 148:1603-1604.

Masand P, Gupta S, Dewan M (1991), Suicidal ideation related to fluoxetine treatment (letter). *N Engl J Med* 324:420.

May PA (1987), Suicide and self-destruction among American Indian youths. *Am Indian Alsk Native Ment Health Res* 1:52-69.

McLeavey BC, Daly JD, Ludgate JW, Murray CM (1994), Interpersonal problem-solving skills training in the treatment of self-poisoning patients. *Suicide Life Threat Behav* 24:382-394.

McManus BL, Kruesi MJ, Dontes AE, Defazio CR, Piotrowski JT, Woodward PJ (1997), Child and adolescent suicide attempts: an opportunity for emergency departments to provide injury prevention education. *Am J Emerg Med* 15:357-360.

Miller AL, Rathus JH, Linehan MM, Wetzler S, Leigh E (1997), Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents. *J Pract Psychiatry Behav Health* 3:78-86.

Miller KE, King CA, Shain BN, Naylor NW (1992), Suicidal adolescents' perceptions of their family environment. *Suicide Life Threat Behav* 22:226-239.

Miller MC, Jacobs DJ, Gutheil TG (1998), Talisman or taboo: the controversy of the suicide-prevention contract. *Harv Rev Psychiatry* 6:78-87.

Molnar BE, Shade SB, Kral AH, Booth RE, Watters JK (1998), Suicidal behavior and sexual/physical abuse among street youth. *Child Abuse Negl* 22:213-222.

Montgomery SA (1997), Suicide and antidepressants. *Ann N Y Acad Sci* 836:329-338.

Montgomery SA, Dunner DL, Dunbar GC (1995), Reduction of suicidal thoughts with paroxetine in comparison with reference antidepressants and placebo. *Eur Neuropsychopharmacol* 5:5-13.

***Montgomery SA, Montgomery D** (1982), Pharmacological prevention of suicidal behaviour. *J Affect Disor* 14:291-298

Moscicki EK (1995), Epidemiology of suicide. *Int Psychogeriatr* 7:137-148.

Mufson L, Moreau D, Weissman MM, Klerman GL (1993), *Interpersonal Psycho-*

therapy for Depressed Adolescents. New York: Guilford

***Mufson L, Weissman MM, Moreau D, Garfinkel R** (1999), Efficacy of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Arch Gen Psychiatry* 56:573-579.

Murphy GE (1998), Why women are less likely than men to commit suicide. *Compr Psychiatry* 39:165-175.

National Center for Health Statistics (Centers for Disease Control and Prevention) (1999), Data provided by Division of Vital Statistics, Mortality Statistics Branch. Bethesda, MD: National Center for Health Statistics.

National Center for Health Statistics (Centers for Disease Control and Prevention) (2000), Death rates for 72 selected causes, by 5-year age groups, race, and sex: United States, 1979-1997. *Worktable GMWK 291 Trend B*, plate 1 of 2, pages 485-490. Web site: <http://www.cdc.gov/nchs/dataawh/statab/unpubd/mortabs.htm> (detailed statistical tables on mortality from NCHS's data warehouse).

Neeleman J (1998), Regional suicide rates in the Netherlands: does religion still play a role? *Int J Epidemiol* 27:466-472.

Neeleman J, Wessely S, Lewis G (1998), Suicide acceptability in African and white Americans: the role of religion. *J Nerv Ment Dis* 186:12-16.

Nordstrom P, Samuelsson M, Asberg M et al. (1994), CSF 5-HIAA predicts suicide risk after attempted suicide. *Suicide Life Threat Behav* 24:1-9.

Ohring R, Apter A, Ratzoni G, Weizman R, Tyano S, Plutchik R (1996), State and trait anxiety in adolescent suicide attempted. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 35:154-157.

***Olfson M, Marcus SC, Pincus HA, Zito JM, Thompson JW, Zarin DA** (1998), Antidepressant prescribing practices of outpatient psychiatrists. *Arch Gen Psychiatry* 55:310-316.

Osman A, Downs WR, Kopper BA et al. (1998), The Reasons for Living Inventory for Adolescents (RFL-A): development and psychometric properties. *J Clin Psychol* 54:1063-1078.

***Pfeffer CR** (1986), *The Suicidal Child*. New York: Guilford.

Pfeffer CR (1990), Clinical perspectives on treatment of suicidal behavior among children and adolescents. *Psychiatr Ann* 20:143-150.

***Pfeffer CR** (1997), Childhood suicidal behavior: a developmental perspective. *Psychiatr Clin North Am* 20:551-562.

Pfeffer CR, Conte HR, Plutchik R, Jerret I (1979), Suicidal behavior in latency-age children: an empirical study. *J Am Acad Child Psychiatry* 18:679-692.

Pfeffer CR, Jiang H, Kakuma T (2000), Child-Adolescent Suicidal Potential Index (CASPI): a screen for risk for early onset suicidal behavior. *Psychol Assess* 12:304-318.

***Pfeffer CR, Klerman GL, Hurt SW, Kakuma T, Peskin JR, Siefker CA** (1993), Suicidal children grow up: rates and psychosocial risk factors for suicide attempts during follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 32:106-113.

Pfeffer CR, Klerman GL, Hurt SW, Lesser M, Peskin JR, Siefker CA (1991), Suicidal children grow up: demographic and clinical risk factors for adolescent suicide attempts. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 30:609-616.

***Pfeffer CR, Martins P, Mann J et al.** (1997), Child survivors of suicide: psychosocial characteristics. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 36:65-74.

Pfeffer CR, McBride PA, Anderson GM, Kakuma T, Fensterheim L, Khait V (1998), Peripheral serotonin measures in prepubertal psychiatric inpatients and normal children: associations with suicidal behavior and its risk factors. *Biol Psychiatry* 44:568-577.

Pfeffer CR, Normandin L, Kakuma T (1994), Suicidal children grow up: suicidal behavior and psychiatric disorders among relatives. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 33:1087-1097.

Pfeffer CR, Trad PV (1988), Suicidality and sadness in pre-school children. *J Dev Behav Pediatr* 9:86-88.

Piacentini J, Rotheram-Borus MJ, Gillis JR et al. (1995), Demographic predictors of treatment attendance among adolescent suicide attempters. *J Consult Clin Psychol* 63:469-473.

Pine DS, Trautman PD, Shaffer D et al. (1995), Seasonal rhythm of platelet [³H] imipramine binding in adolescents who attempted suicide. *Am J Psychiatry* 152:923-925.

- Rao U, Weissman MM, Martin JA, Hammond RW** (1993), Childhood depression and risk of suicide: a preliminary report of a longitudinal study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 32:21-27.
- Reid WH** (1998), Promises, promises: don't rely on patients' no-suicide/no-violence "contracts". *J Pract Psychiatry Behav Health* 4:316-318.
- Remafedi C, French S, Story M, Resnick MD, Blum R** (1998), The relationship between suicide risk and sexual orientation: results of a population-based study. *Am J Public Health* 88:57-60.
- Reynolds WM** (1987), Suicidal Ideation Questionnaire (SIQ). Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, PO Box 998, Odessa, FL 33556.
- Reynolds WM** (1991), A school-based procedure for the identification of adolescents at risk for suicidal behaviors. *Fam Community Health* 14:64-75.
- Rihmer Z, Rutz W, Pihlgran H** (1995), Depression and suicide on Gotland: an intensive study of all suicides before and after a depression-training programme for general practitioners. *J Affect Disord* 35:147-152.
- Robins ER, Murphy GE, Wilkinson RH, Gassner S, Kayes J** (1959), Some clinical considerations in the prevention of suicide based on a study of 134 successful suicides. *Am J Public Health* 49:888-899.
- Rosenthal PA, Rosenthal S** (1984), Suicidal behavior by preschool children. *Am J Psychiatry* 141:520-525.
- Rotheram MJ** (1987), Evaluation of imminent danger for suicide among youth. *Am J Orthopsychiatry* 57:102-110.
- Rotheram-Borus MJ, Piacentini J, Miller S, Graae F, Castro-Blanco D** (1994), Brief cognitive-behavioral treatment for adolescent suicide attempters and their families. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 33:508-517.
- Rotheram-Borus MJ, Piacentini J, Miller S, Graae F, Castro-Blanco D** (1996a), Toward improving treatment adherence among adolescent suicide attempters. *Clin Child Psychol Psychiatry* 1:99-108.
- *Rotheram-Borus MJ, Piacentini J, Van Rossem R et al.** (1996b), Enhancing treatment adherence with a specialized emergency room program for adolescent suicide attempters. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 35:654-663.
- Rotheram-Borus MJ, Walker JU, Ferns W** (1996c), Suicidal behavior among middle-class adolescents who seek crisis services. *J Clin Psychol* 52:137-143.
- Rothschild AJ, Locke CA** (1991), Re-exposure to fluoxetine after serious suicide attempts by three patients: the role of akathisia. *J Clin Psychiatry* 52:491-493.
- Ryan ND, Varma D** (1998), Child and adolescent mood disorders: experience with serotonin-based therapies. *Biol Psychiatry* 44:336-340.
- Sabbath JC** (1969), The suicidal adolescent: the expendable child. *J Am Acad Child Psychiatry* 8:272-289.
- Safer DJ** (1997), Adolescent/adult differences in suicidal behavior and outcome. *Ann Clin Psychiatry* 9:61-66.
- Sethi S, Seligman MEP** (1993), Optimism and fundamentalism. *Psychol Sci* 4:256-259.
- Shaffer D, Craft L** (1999), Methods of adolescent suicide prevention. *J Clin Psychiatry* 60 (suppl 2):70-74.
- Shaffer D, Garland A, Vieland V, Underwood M, Busner C** (1991), The impact of curriculum-based suicide prevention programs for teenagers. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 30:588-596.
- Shaffer D, Gould M, Hicks RC** (1994), Worsening suicide rate in black teenagers. *Am J Psychiatry* 151:1810-1812.
- *Shaffer D, Gould MS, Fisher P et al.** (1996a), Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Arch Gen Psychiatry* 53:339-348.
- Shaffer D, Vieland V, Garland A, Rojas M, Underwood M, Busner C** (1990), Adolescent suicide attempters: response to suicide-prevention programs. *JAMA* 264:3151-3155.
- Shaffer D, Wilcox H, Lucas C, Hicks R, Busner C, Parides M** (1996b), The development of a screening instrument for teens at risk for suicide. Poster presented at the 1996 meeting of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, New York.
- Shea MT, Elkin I, Imber SD et al.** (1992), Course of depressive symptoms over follow-up: findings from the National Institute of Mental

Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Arch Gen Psychiatry* 49:782-787.

Sheehan W, Garfinkel BD (1988), Case study: adolescent autoerotic deaths. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 27:367-370.

Silverman AB, Reinherz HZ, Giaconia RM (1996), The long-term sequelae of child and adolescent abuse: a longitudinal community study. *Child Abuse Negl* 20:709-723.

Simon RI (1991), The suicide-prevention pact: clinical and legal considerations. In: *American Psychiatric Press Review of Clinical Psychiatry and the Law II*, Simon RI, ed. Washington, DC: American Psychiatric Press, pp 441-451.

Spirito A (1997), Individual therapy techniques with adolescent suicide attempters. *Crisis* 18:62-64.

Spirito A, Overholser J, Ashworth S, Morgan J, Benedict-Drew C (1988a), Evaluation of a suicide awareness curriculum for high-school students. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 27:705-711.

Spirito A, Williams CA, Stark LJ, Hart KJ (1988b), The Hopelessness Scale for Children: psychometric properties with normal and emotionally disturbed adolescents. *J Abnorm Psychol* 16:445-458.

Statham DJ, Heath AC, Madden PA et al. (1998), Suicidal behaviour: an epidemiological and genetic study. *Psychol Med* 28:839-855.

Stein D, Apter A, Ratzoni G, Har-Even D, Avidan G (1998), Association between multiple suicide attempts and negative affects in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 37:488-494.

Tatman SM, Greene AL, Karr LC (1993), Use of the Suicide Probability Scale (SPS) with adolescents. *Suicide Life Threat Behav* 23:188-203.

Teicher MH, Glod C, Cole JO (1990), Emergence of intense suicidal preoccupation during fluoxetine treatment. *Am J Psychiatry* 147:207-210.

Tondo L, Jamison KR, Baldessarini RJ (1997), Effect of lithium maintenance on suicidal behavior in major mood disorders. *Ann N Y Acad Sci* 836:339-351.

Velting DM, Gould MS (1997), Suicide contagion. In: *Review of Suicidology*, Maris RW, Silverman MM, eds. New York: Guilford, pp 96-137.

Vieland V, Whittle B, Garland A, Hicks R, Shaffer D (1991), The impact of curriculum-based suicide prevention programs for teenagers: an 18 month follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 30:811-815.

Wallace JD, Calhoun AD, Powell KE, O'Neil J, James SP (1996), Homicide and Suicide Among Native Americans, 1979-1992 (Violence Surveillance Series, No. 2). Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control.

Weissman MM (1979), The psychological treatment of depression: evidence for the efficacy of psychotherapy alone, in comparison with, and in combination with pharmacotherapy. *Arch Gen Psychiatry* 36:1261-1269.