

El suicidio en la adolescencia y en la juventud

G. Girard. Pediatra. Especialista en Medicina de la Adolescencia. Doctor en Medicina y Miembro Emérito de la Sociedad de Medicina de Adolescentes de los Estados Unidos de América. Ex Coordinador del Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia, en el Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Universidad de Buenos Aires. Argentina.

Resumen

El Suicidio, ha sido encarado desde diversas perspectivas a través de los tiempos. Hoy se considera como un tema signado por la complejidad en el que intervienen diversos factores, lo que se ha definido como la Ecología del Suicidio. Representa una importante causa de muerte a nivel mundial con características propias en las diferentes regiones. Mientras muchas de las causas de morbi mortalidad, a nivel mundial se encuentran en franco descenso, no ocurre lo mismo con el comportamiento suicida, que presenta un incremento particularmente en la franja etaria de adolescentes y jóvenes. Características biológicas, psicológicas y sociales propias de la adolescencia y juventud la convierten en un grupo particularmente vulnerable con respecto a los comportamientos suicidas. Por ello se requiere de la intervención de equipos interdisciplinarios que permitan un abordaje integral. El suicidio no afecta solo a quien lo comete sino que afecta a sus familiares, allegados y repercute en el nivel comunitario. En esta compleja problemática debemos trabajar en la prevención, atención y posvención en los allegados y la comunidad.

Palabras clave: *suicidio, adolescentes, prevencion*

Abstract

Through time, suicide has been approached from different perspectives. Today it is considered a complex topic where different factors participate, in what has been named as the Ecology of Suicide. It represents an important cause of death all through the world with special characteristics in different regions. While the rates of many causes of morbidity and mortality are going down across the globe, the suicide behavior rate is increasing, especially among adolescents and young people. Intrinsic biological, psychological and social characteristics of adolescents and youngsters, make this group especially vulnerable towards suicidal behaviors. For all these reasons, interdisciplinary teams are needed to reach a holistic and comprehensive approach. Suicide does not only affect the one that commits it, but also the suicide grievors, who are those that have lost someone they cared for deeply, and it also has an important repercussion on the community. Interventions do not finish when an adolescent has committed suicide, they must continue with prevention, attention and the aftermath with suicide grievors and the community.

Keywords: *Suicide, adolescents, prevention*

Introducción

El **suicidio** es definido por la Organización Mundial de la Salud (2010) como *“el acto deliberado de quitarse la vida”*.

Los **comportamientos suicidas** abarcan un amplio espectro: desde la ideación suicida, la elaboración de un plan, la obtención de los medios para hacerlo, hasta el intento y la posible consumación del acto. Si bien no pueden asociarse de manera lineal y consecutiva, es fundamental considerar el riesgo que cada una de estas manifestaciones conlleva más allá de la intencionalidad supuesta.

Las diversas investigaciones que han estudiado el suicidio lo han hecho a través de dos grandes marcos conceptuales: desde la problemática individual como unidad de análisis, o utilizando datos de conjunto tales como tasas de suicidio en ciudades, estados, comunidades o países. Los estudios basados en aspectos individuales consideran tipos de personalidad, actitudes, funcionamiento social, y salud tanto física como mental. Aquellos que utilizaron datos agregados utilizaron variables sociológicas. Estos aspectos ya fueron tratados por Durkheim a fines del siglo XIX cuando afirma que el mismo no se debe en una sociedad determinada a una simple sumatoria de unidades independientes sino que constituye por sí mismo un hecho nuevo y sui generis. Tiene su naturaleza propia y esa naturaleza es eminentemente social, y cada sociedad tiene una aptitud definida para el suicidio⁽¹⁾. Recordemos que Durkheim era sociólogo. Por el contrario desde la salud mental se lo consideró como el último eslabón de una serie de procesos psicopatológicos potenciados por aspectos propios de la personalidad. En la actualidad está creciendo con fuerza a través de múltiples estudios lo que se ha dado en llamar una “ecología del suicidio”⁽²⁾. Esto no estaría representando una tercera posición que anula a las anteriores sino que representa el afianzamiento y la inclusión de ambas.

Aceptando así la multiplicidad de factores determinantes, el suicidio sería una conducta signada por la complejidad. Al respecto afirma Edgar Morin; “Las unidades complejas son multidimensionales, el ser humano es a la vez biológico, psicológico, social, afectivo, racional y en la sociedad comporta dimensiones históricas, económicas, sociológicas y religiosas” y agrega: “Complexus, significa lo que esta tejido junto, existiendo complejidad cuando son inseparables los elementos diferentes que constituyen un todo”⁽³⁾.

Epidemiología

El último informe de la Organización Mundial de la Salud, datado a fines del año 2014, reitera y alerta una vez más sobre la necesidad de encarar el tema de la prevención del suicidio, dado que “cada año, más de 800 000 personas se quitan la vida, lo que representa aproximadamente un suicidio cada 40 segundos”.

Continúa dicho informe afirmando: “Las tasas de suicidio más elevadas se registran en personas de 70 años o más. En otros países, esto ocurre entre los jóvenes. El suicidio representa la segunda causa de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años en todo el mundo”⁽⁴⁾.

En Europa, la tasa de suicidio estimada es en cierta medida superior a la media mundial de 11,4 por 100 000 registrada en 2012. En el grupo etario de 15 a 29 años en muchos países de la región, representa la primera causa de muerte. (Fig.1)

El diario El País publicaba en el año 2010 este Planisferio sobre los suicidios en España, pero datos más recientes correspondientes a los últimos 5 años informan que si bien España es uno

Los comportamientos suicidas abarcan un amplio espectro: desde la ideación suicida, la elaboración de un plan, la obtención de los medios para hacerlo, hasta el intento y la posible consumación del acto

El suicidio sería una conducta signada por la complejidad

Cada año, más de 800.000 personas se quitan la vida, lo que representa aproximadamente un suicidio cada 40 segundos

El suicidio representa la segunda causa de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años en todo el mundo

de los países de Europa con tasa más baja de suicidios el último registro de 2014 indica una tasa que asciende a 8 suicidios por cada 100.000 habitantes y supone un incremento en ese período del 22%⁽⁵⁾. Esta cifra no obstante se encuentra cuestionada y podría obedecer a que el INE (Instituto Nacional de Estadísticas de España) en los últimos años ha introducido modificaciones al registro de defunciones por causas externas, lo que disminuiría el sub registro.

Se calcula que por cada persona que consuma un suicidio, no menos de 20 a 40 lo intentan y que por cada intento otro tanto piensa esa posibilidad con cierta reiteración

Abordar el tema del suicidio, suele representar una “nota discordante” para los equipos de salud, que tradicionalmente han sido formados y motivados a trabajar en la prevención, promoción, atención y recuperación de la salud, dando por supuesto que en menor o mayor grado contarían con la participación de las propias personas o grupos a los que sus acciones estuvieran dirigidas. Se calcula que por cada persona que consuma un suicidio, no menos de 20 a 40 lo intentan y que por cada intento otro tanto piensa esa posibilidad con cierta reiteración. Si vamos concretando estas cifras, llegamos por otro camino a porcentuales importantes que suelen superar el 10% del total de una población que se cuestiona si la vida tiene sentido de ser vivida. Esto alcanza una importante connotación en la Salud Pública de un país y nos debe cuestionar sobre si nuestras campañas de prevención y conservación de la salud se encuentran bien encaminadas.

El comportamiento suicida se potencializa a través del consumo de alcohol que se suele encontrar en niveles significativos en 3 de cada 4 adolescentes que consumaron un suicidio. El consumo de cannabis puede actuar también como “facilitador” pero en menor proporción y lo mismo ocurre con otras sustancias psicoactivas

Características propias de la adolescencia

Al considerar el tema del suicidio en la adolescencia, hay hechos que debemos destacar dado que marcan diferencias significativas con otras etapas del curso de vida y no suelen ser reconocidas por muchos equipos de salud.

Hoy las investigaciones en las neurociencias han avanzado notablemente en el conocimiento del desarrollo hacia la madurez del cerebro adolescente. Esto es particularmente destacable en lo referido al lóbulo prefrontal, región íntimamente ligada al control de los impulsos. Esto explicaría el menor tiempo de acción entre un factor desencadenante y la acción de un comportamiento suicida, en los adolescentes con respecto a los adultos. “Signos previos” o indicadores de riesgo que mucho se describen en la población mayor suelen ser también menores en este grupo etario. Asimismo el comportamiento suicida se potencializa a través del consumo de alcohol que se suele encontrar en niveles significativos en 3 de cada 4 adolescentes que consumaron un suicidio. El consumo de cannabis puede actuar también como “facilitador” pero en menor proporción y lo mismo ocurre con otras sustancias psicoactivas.

El rol de la familia ya sea como factor protector o factor de riesgo se ha identificado en las diferentes etapas de la vida pero sin duda en la adolescencia juega un rol principalísimo. En forma paradójica aún en el adolescente “enojado” o “disgustado” con su familia, consciente o no, sabe que puede contar con ella. Esto no ocurre cuando existen carencias en el rol protector de la misma o una ausencia manifiesta. La familia ejerce un rol tan importante que en general el o la adolescente se encuentra no capacitado en buscar apoyo fuera de ella. La escuela muchas veces puede cumplir un rol sustitutivo de importancia dado que puede detectar signos de alarma, y posibilitar una intervención profesional que represente un importante elemento contenedor. El grupo de pares, tan importante en la adolescencia juega también un rol significativo ya sea como factor protector o de riesgo. Uno de los peores “castigos” que un adolescente puede sufrir es sentirse aislado de su grupo de pares, por ello la relación del bullying con el suicidio cada vez adquiere una mayor importancia. En los últimos años incrementados, por el tema del ciber-bullying, que a diferencia de las situaciones de violencia dentro del ámbito escolar no cesan cuando él o la adolescente retornan a su hogar. Temas referidos a la orientación sexual e identidad de género representan factores de riesgo en cuanto a comportamientos suicidas, muy especialmente cuando debido a ellas las personas se sienten aisladas.

El rol de la familia ya sea como factor protector o factor de riesgo se ha identificado en las diferentes etapas de la vida pero sin duda en la adolescencia juega un rol principalísimo

Una de las características de la etapa adolescente es la de elaborar un propósito de vida, un hecho que lo suele caracterizar más allá de las posibilidades reales de ser alcanzado. Esta falta de propósito con un estado de ánimo sumido en la desesperanza son hechos que se convierten en importantes factores de alerta.

El compromiso de los determinantes sociales de la Salud, se han relacionado muy especialmente con el suicidio en general pero no parecerían tener una importancia similar en el comportamiento suicida de los adolescentes, Serios trabajos de investigación, muchos de ellos relacionados con hermanos, gemelos y nacidos por adopción se refieren a factores genéticos que podrían influir en el comportamiento suicida. Hay ciertos genes ya identificados, que tendrían una posible participación. Los avances en la epigenética al respecto, nos indicarían como dichos genes debieran activarse para generar sintomatología.

Tradicionalmente se afirma que detrás del 90% de los suicidios, se esconde una enfermedad mental, con neta predominancia de depresión mayor y trastorno bipolar, siguiendo los trastornos psicóticos, muchos de ellos relacionados con niveles bajos de serotonina. Seguirían en orden de frecuencia los trastornos de la personalidad entre los cuales debe destacarse el trastorno límite de la personalidad a veces confundido con TDAH⁽⁶⁾.

En nuestra medicina occidental a partir de la modernidad los aspectos espirituales o religiosos fueron totalmente dejados de lado. No obstante desde los tiempos más remotos de la humanidad los mismos estuvieron en íntima relación con la salud. Con el surgimiento de la modernidad fueron totalmente dejados de lado, pero podemos afirmar que ya sea por presencia o ausencia se encuentran relacionados con conductas, valores, actitudes, propósitos y filosofía de vida de los seres humanos.

Al existir, en la actualidad una mayor apertura hacia la espiritualidad, van surgiendo nuevos posicionamientos ante estos procesos. La apertura a lo trascendente, al mismo tiempo que innegable, se rodea de una pluralidad de sentidos, y como otros se impone en la sociedad de hoy. Los muchos signos religiosos más o menos explícitos incorporados en la ropa y los adornos revelan por ejemplo en la juventud, un sentimiento vago de trascendencia que muchos cultivan. Las expresiones religiosas explícitas, en general, tienden a participar de las características previamente apuntadas. No es tan fácil, pasar no obstante de la fe al compromiso. Es posible que una participación en los grupos religiosos signifique más una afirmación de "pertenencia" que de "creencia". La búsqueda del trascendente se compone y no podría ser diferente, de un conjunto de necesidades, particularmente en términos de solución de angustias, de recuperación de autoestima, de afirmación de su identidad e integración social, de búsqueda de un sentido de vida capaz de potenciar la posibilidad de cómo enfrentar al futuro. Es en base a todo lo anteriormente expuesto que podemos considerar que la postura ante aspectos espirituales y religiosos ya sea por presencia, ausencia aunque la misma este teñida de subjetividad actúa de manera importante y digna de tener en cuenta pudiendo constituir un factor protector o un factor de riesgo⁽⁷⁾.

La falta de un propósito de vida junto con un estado de ánimo sumido en la desesperanza son hechos que se convierten en importantes factores de alerta

Serios trabajos de investigación, muchos de ellos relacionados con hermanos, gemelos y nacidos por adopción se refieren a factores genéticos que podrían influir en el comportamiento suicida

La postura ante aspectos espirituales y religiosos ya sea por presencia, ausencia aunque la misma este teñida de subjetividad actúa de manera importante y digna de tener en cuenta pudiendo constituir un factor protector o un factor de riesgo

Actitud ante el comportamiento suicida

En la consideración del comportamiento suicida es fundamental evaluar y considerar la comunicación e interacción entre el suicida y las personas que le rodean. Deberá tenerse en cuenta la personalidad del sujeto, la importancia del entorno, el papel del stress, las reacciones de otras personas, el apoyo psico-socio-cultural y factores de protección y de riesgo.

Los factores protectores y los factores de riesgo suelen estar presentes en diferentes niveles y es importante considerar que los factores protectores se encuentran íntimamente unidos a la

En general desde la medicina, en lugar de buscar de potencializar los factores protectores nos detenemos mucho más en actuar sobre los de riesgo, lo que suele ser mucho menos efectivo

Un antecedente de suicidio consumado en la familia es uno de los aspectos más importantes a considerar como factor de riesgo y más aún si el adolescente ya ha hecho algún intento. No debemos considerar nunca la hipótesis de que el mismo ha sido solo para llamar la atención

resiliencia. En general desde la medicina, en lugar de buscar de potencializar los protectores nos detenemos mucho más en actuar sobre los de riesgo, lo que suele ser mucho menos efectivo.

Sucesivamente debemos ir encarando los aspectos individuales, los interpersonales, los comunitarios y los sociales.

La accesibilidad a armas de fuego, pesticidas, y medicamentos deben ser tenidos muy en cuenta e interferir en su accesibilidad, lo que ha sido demostrado eficaz en múltiples investigaciones.

Un antecedente de suicidio consumado en la familia es uno de los aspectos más importantes a considerar como factor de riesgo y más aún si el adolescente ya ha hecho algún intento. No debemos considerar nunca la hipótesis de que el mismo ha sido solo para llamar la atención. En caso de haber existido una internación psiquiátrica por diversos motivos el momento de mayor riesgo suele darse en los primeros días después del alta del paciente.

Los estados de ánimo en muchas oportunidades son expresados por los adolescentes con frases bastante demostrativas de los mismos y los podemos observar en la Figura 2.

Mitos con respecto al suicidio

Ante un comportamiento suicida debemos asimismo despojarnos de ciertos mitos que suelen ser impuestos por la cultura y en general suelen ser universales. Podemos enumerar los siguientes:

- Los que hablan o anticipan no los cometen.
- El hablar o preguntar sobre el suicidio puede desencadenarlo o incrementar la fantasía.
- El suicidio sucede sin advertencias.
- Tienen toda la intención de morir.
- La mejoría post crisis indica que el peligro se ha superado.
- No todos los suicidios pueden prevenirse ni bien atendidos pueden evitarse.
- Una vez que la persona es suicida lo es para siempre.

Todos estos mitos no solo son propios de la cultura popular sino que suelen estar muy presentes en los equipos de salud. Esto es particularmente grave en la medida que al omitir el tema por temor puede perderse una importante posibilidad de actuar en el diagnóstico y la prevención de un comportamiento suicida.

Atención del comportamiento suicida

En la historia de la humanidad el "tratamiento" del suicidio fue cambiando en forma acorde a como se considerara su origen. El predominio de aspectos propios de maleficios, malos espíritus, etc. dió una enorme preponderancia a las intervenciones a través de las diversas creencias religiosas. La enorme mayoría de ellas se oponía al mismo y se lo condenaba con todo rigor. Aunque con menos énfasis aún hoy casi todas las religiones tradicionales se oponen a la con-

ducta suicida. En el siglo XIX con la publicación de Emile Durkheim sobre el suicidio, desde una perspectiva sociológica, llevó a que el control a efectos de evitar comportamientos suicidas estuviera preponderantemente a cargo de los correspondientes gobiernos. Diversas legislaciones eran terribles y terminantes. El siglo XX asiste a un enorme desarrollo de la salud mental y en forma casi unánime en el mundo occidental pasa a considerarlo como algo propio de la psiquiatría. Es en 2003, que la OMS adhiere a la teoría de Bronfenbrenner que expusiera en 1979, y que habla sobre la Ecología del Suicidio basada en la Complejidad y la Multidimensionalidad, dando paso a la Visión Holística actual que comprende los aspectos Individuales, Interpersonales, Comunitarios, Sociales y Espirituales.

En la actualidad se trata de implementar en la prevención, atención y postvención del suicidio una estrategia desde la Atención Primaria de la Salud. Esto obedece a hechos conceptuales por un lado y a un encuadre pragmático por el otro. Se establece así una lucha radical entre aquellos que proponen mantener la psiquiatrización de los tratamientos y los que ponen más énfasis en las estrategias de APS. Desde la Salud Pública y ante la dimensión del problema a nivel mundial resulta imposible considerar que los comportamientos suicidas solo debieran ser atendidos por psiquiatras o psicólogos, pero resulta evidente que aunque no se cuente con estos recursos, la presencia de los equipos de Salud Mental resulta sumamente importante. Se está avanzando aunque lentamente, hacia la conformación de equipos interdisciplinarios a los efectos de posibilitar un abordaje integral.

Se está avanzando aunque lentamente, hacia la conformación de equipos interdisciplinarios a los efectos de posibilitar un abordaje integral del suicidio

¿Que se puede hacer ante un suicidio consumado? (Posvención)

Lo que se haga luego de un suicidio consumado puede ser tan importante como lo que se realizó antes. Esto en la terminología referida al suicidio se conoce como Posvención. Diversas investigaciones realizadas en los Estados Unidos afirman que una vez que se consumó un suicidio suele haber como mínimo 6 personas seriamente afectadas por el hecho. Al hablar de afectación no solo se refieren a la tristeza, dolor o demás sentimientos que el hecho suscita, sino que se entiende por afección un hecho que puede comprometer seriamente la salud de los allegados tanto en el plano físico como en el mental. Estadísticamente está demostrado que la posibilidad que un allegado adopte un comportamiento suicida es mucho mayor.

Hay 3 preguntas que los cercanos, particularmente **sus padres** suelen formularse: ¿Por qué lo hizo?, ¿Cómo no pude evitarlo?, ¿Cómo me hizo esto a mí? Surgen estas preguntas desde un espacio que los deudos describen como de confusión y devastador⁽⁸⁾. No existen para estas preguntas respuestas fáciles y menos aún simplistas; (porque estaba deprimido, por un fracaso amoroso, por una decepción, por haber fallado en un examen, etc.).

No obstante se pueden presentar a los allegados en forma breve, ciertos aspectos tales como la multicausalidad, el saber que aún con los mejores tratamientos todos los suicidios no pueden ser evitados, que ellos nada más podrían haber hecho para evitarlo, teniendo como objetivo fundamental evitar la culpa que es lo que más suele afectar a los cercanos. Muchas veces más que una verbalización corresponde un acompañamiento desde los afectos y la comprensión.

Mayores dificultades surgen a través de las cartas, aunque rara vez las mismas pueden dar una explicación coherente y comprensible ante la situación. En general suelen ser breves, desculpabilizadoras o pidiendo perdón. La resolución de las cartas suelen ser más complejas cuando dejan en "herencia" por ejemplo: "mis guantes de fútbol a mi hermano"..., "mi muñeca preferida a mi amiga"..., o cualquier otro elemento íntimo y significativo.

Estadísticamente está demostrado que la posibilidad de que un allegado a un suicida adopte un comportamiento suicida es mucho mayor

La forma de reaccionar de los niños pequeños ante un suicidio familiar es más a través de sus comportamientos que a través de sus palabras

Una particular situación en la posvención del suicidio es vivido por los **hermanos**, particularmente niños y adolescentes. Resulta muy difícil para los padres poder clarificar esta situación ante los niños cuando ellos mismos carecen de respuesta. En general el tema se va postergando, y no pocas veces el origen de la muerte del hermano queda oculta o se pretende que así suceda. Debemos tener en cuenta que los niños expresan sus sentimientos en forma diferente a los adultos y buscan jugar como de costumbre con sus amigos y aparentan como que nada ha ocurrido. Ante esto se les debe explicar que no tienen por qué sentirse tristes todo el tiempo. La forma de reaccionar de los niños pequeños es más a través de sus comportamientos que a través de sus palabras.

El presenciar una muerte por suicidio ya sea mientras ocurre o por hallar su cuerpo suele desencadenar en los **testigos**, sintomatología propia del stress post traumático. La respuesta del afectado no es racional, y persiste cierta vivencia de culpabilidad. Esto es significativo por ejemplo en los conductores de trenes, cuando alguien se arroja a las vías con el tren en marcha y ellos consideran que de haberse dado cuenta antes hubieran podido detener la formación.

En los pares de adolescentes que cometieron suicidio, se debe tener muy en cuenta el efecto contagio, acompañarlos y ayudarlos a verbalizar lo que están sintiendo y las vivencias propias de esa situación

En cuanto a los **pares** de los y las adolescentes, se debe tener muy en cuenta el efecto contagio, acompañarlos y ayudarlos a verbalizar lo que están sintiendo y las vivencias propias de esa situación.

Por su parte al **equipo de salud** tampoco le resulta fácil enfrentarse a una muerte por suicidio, ya sea que hubiesen participado, antes, durante o después del suceso. Muchos de los procesos sufridos por los deudos lo presentan también los profesionales, donde no pocas veces el dolor se ve incrementado por el sentirse fracasados en su accionar, el temor a ser juzgados por mala praxis y el síndrome de burn out.

Una de las características de la sociedad actual es ocultar el sufrimiento, el dolor y la muerte, aspectos que el príncipe Sidharta descubrió antes de convertirse en el Buda. Si esto ocurre con la muerte cuanto más cuando la misma ha sido autoprovocada.

Intervenciones terapéuticas en la posvención

Una de las intervenciones que más efectividad ha demostrado en los sobrevivientes de un proceso de suicidio corresponde al apoyo grupal de familias y/o allegados que han pasado por esa situación

Una de las intervenciones que más efectividad ha demostrado en los sobrevivientes de un proceso de suicidio corresponde al **apoyo grupal** de familias y/o allegados que han pasado por esa situación. Se considera que a través del trabajo grupal, en forma gradual los sentires al ser compartidos se van considerando como "normales" y como propios de la situación. A través del grupo la estigmatización también se va diluyendo mientras que el grupo al irse consolidando va constituyendo como parte de un viaje emocional. Una función derivada de todo este proceso es que la acción grupal actúa asimismo monitoreando las reacciones y vivencias de cada uno de sus integrantes pudiendo detectar precozmente situaciones de riesgo que pudieran surgir.

Una particular intervención puede y debe realizarse en las instituciones escolares a las cuales pertenecían los adolescente que murieron por suicidio. La Organización Mundial de la Salud dentro del Programa SUPRE⁽⁹⁾ estableció un protocolo que da las pautas que se deben seguir y que resumidas son las siguientes:

- No negar la situación y menos aún ocultarla (disipar rumores).
- Informar: "NN murió por suicidio".
- Obviar detalles puntuales, forma, lugar, hora, etc.

- Incrementar todas aquellas medidas que tiendan a mejorar el “clima” de la institución escolar. Presentar en forma breve ciertos aspectos sencillos pero contundentes que eviten simplificaciones tales como rumores y los “porque” de la comunidad educativa.
- Talleres de prevención para alumnos, docentes y padres, no solo informativa sino que permita expresar sentimientos: ¿Qué sienten y cómo puedo ayudarlos? (pequeños grupos).
- Capacitarse para detectar signos de alarma y espacios de consulta y/o derivación.
- Detectar repercusión de la crisis en redes sociales y poder utilizarlas en prevención.
- De existir repercusión en los medios designar un “vocero”, y remitir al Programa SUPRE, destinado a los medios de comunicación (OMS).

Conclusiones

La OMS recomienda a los países que den participación a diversos departamentos gubernamentales en la elaboración de una respuesta coordinada integral. Es preciso un compromiso de alto nivel, no sólo en el sector sanitario, sino también en los departamentos de educación, empleo, bienestar social y justicia.

En el marco del Plan de acción sobre salud mental 2013-2020 de la OMS, los Estados Miembros de la Organización se comprometieron a trabajar para alcanzar el objetivo mundial de reducir en un 10%, para 2020, la tasa de suicidio en los países. El Programa de acción para superar la brecha en salud mental, puesto en marcha en 2008, incluye la prevención del suicidio con carácter prioritario, y ofrece orientación técnica basada en pruebas científicas, con el fin de ampliar la prestación de servicios en los países.

La OMS recomienda a los países que den participación a diversos departamentos gubernamentales en la elaboración de una respuesta coordinada integral. Es preciso un compromiso de alto nivel, no sólo en el sector sanitario, sino también en los departamentos de educación, empleo, bienestar social y justicia

Figuras

Figura 1

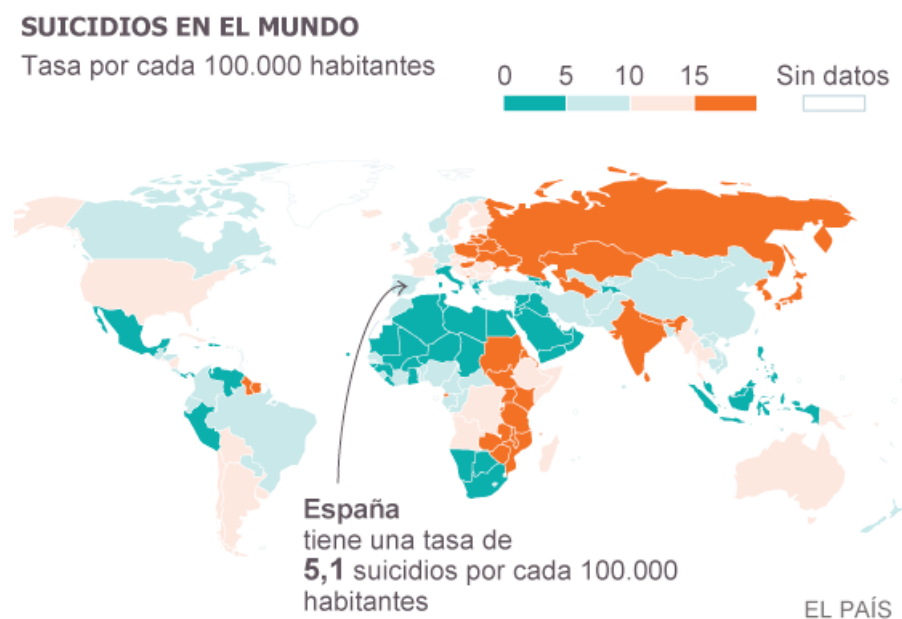


Figura 2

Estados de ánimo en el comportamiento suicida	
SENTIMIENTOS	PENSAMIENTOS
• Triste, deprimido	• "Desearía estar muerto"
• Solitario	• "No puedo hacer nada más"
• Indefenso	• "No lo soporto más"
• Desesperanzado	• "Soy un perdedor: una carga"
• Despreciable	• "Serán más felices sin mí"

Preguntas tipo test

1. Respecto al suicidio en la adolescencia ¿cuál no es cierta?

- a) Los trastornos del humor en el joven, pueden predisponer al suicidio.
- b) Es importante el uso de técnicas por parte del profesional para abordar al joven.
- c) No constituye un factor de riesgo una historia familiar de suicidio.
- d) Los problemas de orientación sexual en el joven pueden conducir al suicidio.
- e) Las opciones de tratamiento dependerán del riesgo.

2. ¿Cuál de las siguientes es cierta respecto al suicidio?

- a) Es la 2ª causa mundial de defunción entre los 15-29 años.
- b) En Europa la tasa de suicidio es inferior a la media mundial.
- c) España (según el INE) es uno de los países con tasas más bajas.
- d) Son ciertas a y c.
- e) Todas son ciertas.

Respuestas en la página 116

Bibliografía

1. Durkheim Émile, *El Suicidio*, Ed. Libertador, Buenos Aires, 15, 2004.-
2. Herrera Rodríguez Andrés, "Estado del arte en prevención del suicidio en adolescentes y jóvenes" OPS/OMS. Área de Salud Familiar y Comunitaria, División de Salud Infantil y Adolescente, Washington DC, 2007.-
3. Morin Edgar, "Los siete saberes necesarios para la educación del futuro", UNESCO, Nueva Visión, Buenos Aires, 38, 2001.-
4. OMS. *Primer informe de la OMS sobre la prevención del suicidio*. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/suicide-prevention-report/es/>, 4 de septiembre de 2014.-
5. *El Mundo*, edición España. <http://www.elmundo.es/espana/2015/02/27/54f0cff4e2704ef9158b4573.html>
6. Cornellá i Canals J. *Conducta autodestructiva en el adolescente*. Hidalgo Vicario M.I., Redondo Romero A.M., Castellano Barca A.G. *Medicina de la Adolescencia, Atención Integral*, 2ª edición. Madrid. Ed Ergon 2012. pg. 809-819.
7. Girard Gustavo. "Espiritualidad y Resiliencia", en *Adolescencia y Resiliencia de Munist M., Suarez Ojeda N, Krauskopf D., Silber T.J.*, Paidós, Buenos Aires, 2007.-
8. Girard Gustavo A., Silber Tomas. "The aftermath of adolescent suicide: Clinical, Ethical, and Spiritual Issues" en *AM STARS, American Academy of Pediatrics*, 229-239, Vol22, N°2, August 2011.-
9. OMS. Programa SUPRE, http://www.who.int/mental_health/publications/9241545941/fr/

Bibliografía recomendada

1. Cornellá i Canals J. *Conducta autodestructiva en el adolescente*. Hidalgo Vicario M.I., Redondo Romero A.M., Castellano Barca A.G. *Medicina de la Adolescencia, Atención Integral*, 2ª edición. Madrid. Ed Ergon 2012. pg. 809-819.
2. Durkheim Émile, *El Suicidio*. Ediciones Libertador 1º ed. Buenos Aires, 2004.-
3. Alvin Patrick. *L'envie de mourir, l'envie de vivre, un autre regard sur les adolescents suicidants*. Editions Doin, Paris., 2º édition, 2011