

IMAN. UNA ESTRATEGIA PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN ADOLESCENTES

Sileo, Enriqueta.

Médica Pediatra. Servicio de Medicina del Adolescente. Facultad de Medicina. Universidad Central de Venezuela. Hospital de Niños J. M de los Ríos.

cornella@comg.cat

RESUMEN:

El suicidio en adolescentes es un acontecimiento lamentable y frecuente en este grupo poblacional, tanto es así que se posiciona entre las primeras causas de mortalidad en una gran mayoría de los países del mundo. Un hecho relevante es que, en muchas ocasiones, puede ser prevenido ya que por lo general es anunciado en "claves", en forma de un comentario, una actitud, un gesto, un plan, etc., lo cual amerita que el profesional que asiste a ese adolescente sea capaz de interpretar y descifrar ese código para lo cual debe contar con una serie de herramientas que lo aproximen al problema y pueda ofrecer una ayuda efectiva. Se presentan los datos obtenidos en la aplicación de este programa, de amplia difusión en latinoamérica, en la prvencción del suicidio en adolescentes y jóvenes.

IMAN. UNA ESTRATEGIA PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN ADOLESCENTES

El suicidio en adolescentes es un acontecimiento lamentable y frecuente en este grupo poblacional, tanto es así que se posiciona entre las primeras causas de mortalidad en una gran mayoría de los países del mundo. Un hecho relevante es que, en muchas ocasiones, puede ser prevenido ya que por lo general es anunciado en "claves", en forma de un comentario, una actitud, un gesto, un plan, etc., lo cual amerita que el profesional que asiste a ese adolescente sea capaz de interpretar y descifrar ese código para lo cual debe contar con una serie de herramientas que lo aproximen al problema y pueda ofrecer una ayuda efectiva.

Existe un tabú relacionado con el espectro suicida, el cual debe ser erradicado. Conversar sobre el tema no incrementa el riesgo para cometer suicidio, al contrario, es una estrategia para la detección de adolescentes vulnerables, que al mismo tiempo nos otorga información sobre cómo concibe la muerte y si alguna vez lo pensó, acaso sólo fue imaginarse la posibilidad de estar muerto (como le ha sucedido a muchas personas en un momento circunstancial de su vida) y pasearse ante tal episodio, las reacciones de sus seres queridos, de sus compañeros, el tipo de ceremonia y terminar conmovido ante aquel escenario y llorando su propia muerte, afortunadamente, ficticia, imaginaria, alegrándose de estar vivo y con deseos de vivir por mucho tiempo.

El suicidio está entre las primeras causas de mortalidad en los adolescentes, con una tasa que se incrementa inclusive con tendencia a aumentar en mujeres (1) no solo en USA si no en otros países. La epidemiología confirma la presencia del problema, en la mayoría de los países se observa que la tasa de mortalidad (estimada por cada 100.000 habitantes) es de 0.9 a 24.7 (cuadro 1). Siendo más alta en varones que en mujeres, aunque ellas lo intenten más son, afortunadamente, menos exitosas en esta acometida.

Actualmente dichas estadísticas están reportadas para en grupos de 5-14 y 15-24 años de edad. Para los que estamos involucrados en la atención al adolescentes nos interesa contar con datos más precisos en cuanto a la desagregación por edades, por Ejemplo, apegados a la definición cronológica de la adolescencia, entre 10 y 19 años de edad, asumida y sugerida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), de tal forma que dichas estadísticas deberían agruparse en grupos de 10-14 y 15-19 años de edad, permitiendo de esa manera, la visibilidad del problema en estos rangos, profundizar en su génesis y adoptar las medidas correctivas pertinentes.

Al analizar la información aportada por el Youth Risk Behavior Surveillance — United States, 2009 (YRBS), 13.8% de los estudiantes, durante los 12 meses anterior a la administración de la encuesta habían considerado seriamente un **intento suicida**, con mayoría en las mujeres (17.4%), varones (10.5%). Al analizar la información considerando su origen se observa que mujeres hispánicas tienen una incidencia más alta que la estimada para la población general de la misma edad y género (20.2%) comparado con varones hispánicos (10.7%). Los estudiantes que habían elaborado un **plan suicida**, es decir cómo llevar a cabo un intento suicida, fue de 10.9%. En las mujeres mayor (13.2%) que en los varones (8.6%). Además 6.3% manifestaron **intento suicida** (1 ó más en los

IMAN. UNA ESTRATEGIA PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN ADOLESCENTES

últimos 12 meses) siendo más frecuente entre mujeres (8.1%), hispánicas (11.1%), que en varones (4.6%) y negros (5.4%).

Al conocer de antemano a los adolescentes que piensan en un suicidio y cuál es su plan se puede efectuar la prevención del intento suicida. Es necesario conocer los indicios que alertan en la identificación de adolescentes vulnerables al suicidio, por ejemplo: la idea suicida es más frecuente en mujeres, en USA adolescentes de origen hispano. Otros indicios a considerar son incidencias local/regional, comorbilidad psiquiátrica, trastornos adictivos, trastornos de conducta, el adolescente como objeto de hostigamientos o burlas "bullying", adicción a la red (cibersuicidio) etc. Asimismo como estos factores se pueden considerar de riesgo, es necesario identificar los factores protectores, sin dejar atrás la capacidad de resiliencia.

El comportamiento suicida es multifactorial (individual, familiar, socio demográfico, además de la presencia de estresores) y está asociado con conductas de alto riesgo que aumentan la probabilidad de un suicidio. Es imperativo que el profesional que presta asistencia al adolescente cuente con herramientas que le permita identificar cuando un adolescente está en riesgo para un suicidio y orientarse ante esta situación, en tal sentido se presenta la **estrategia para la integración del manejo adolescente y sus necesidades (IMAN)** que forma parte de las estrategias del Plan de Acción sobre la Salud de Los Adolescentes y los Jóvenes, de la OPS.

El IMAN pretende orientar al profesional de la salud que asista al adolescente que consulta en demanda de atención sanitaria, en cómo efectuar el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento de la condición que motivó al adolescente a solicitar atención. El IMAN, puede ser utilizado en un establecimiento de primer nivel como sería un consultorio, un centro de salud o un departamento ambulatorio de un hospital. Se fundamenta en una atención integrada, sistemática utilizando elementos involucrados en la condición a estudiar o tratar en este caso, el suicidio, a través de: preguntar, observar/examinar, determinar, clasificar, tratar, seguimiento y consejería. En el caso que nos ocupa, es decir, la evaluación de riesgo suicida:

1.- Preguntar

Este interrogatorio va dirigido al adolescente con preguntas formuladas para la detección, tanto de factores de riesgo como protectores para suicidio. Interesa indagar historia de desórdenes mentales (especialmente la depresión), abuso de alcohol y otras drogas. Intento de suicidio previo, el cual es un fuerte predictor para un nuevo intento. Antecedentes de abuso físico o sexual. Ocurrencia de eventos estresores (pérdida de alguien significativo o de una relación, muerte de un amigo, conflictos con los padres o con amigos, etc.,) que lo hacen vulnerable y que pudiesen precipitar un intento de suicidio. Preguntar por la orientación y preferencia sexual; los adolescentes homo y bisexuales experimentan más depresión y por lo tanto mayor riesgo para suicidio. Indagar por la presencia de enfermedad crónica y su percepción de ésta. Antecedentes familiares de: historia de suicidio en la familia, de trastornos mentales, abuso de drogas, violencia, disrupción familiar debido a muerte, divorcio, mudanzas, migraciones con cambios socioculturales abruptos. Tenencia y

IMAN. UNA ESTRATEGIA PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN ADOLESCENTES

accesibilidad de armas de fuego en el hogar.

Desde el momento en que se recibe al o la adolescente, saludar y presentarse para crear un clima apropiado antes de iniciar la entrevista, indagar sobre el motivo de la consulta tanto al/la adolescente como al acompañante si lo hubiese y a medida que se desarrolla la entrevista observar el comportamiento del/la adolescente: gestos, tono de voz, aspecto, actitud, lenguaje corporal entre otras cosas. Es necesario ser preciso al indagar y asegurarse que comprenda las preguntas formuladas.

2.-Observar/examinar.

Realizar un examen físico lo más completo posible, que nos proporcione "señales" que corroboren la información obtenida con el interrogatorio o detectar signos que no se evidenciaron o no se corresponde con la información obtenida en el interrogatorio. Ej. Negó consumo de drogas pero se aprecia señales de venopuntura.

3.- Determinar.

Esta sección se corresponde con los hallazgos obtenidos de los dos pasos anteriores y orientar la presunción diagnóstica respecto a: presencia de factores de riesgo y protectores, síndrome depresivo, Comportamiento suicida

4.- Clasificar

Clasificar las situaciones identificadas por medio de un sistema codificado por colores, a similitud de un semáforo que traduce el grado de importancia:

Verde: hallazgos negativos para riesgo suicida

Amarillo: alarma identificación de condición o elementos de vulnerabilidad para riesgo suicidio.

Rojo: significa alto riesgo y corresponde identificar y diagnosticar todo lo concerniente al espectro suicida

De acuerdo a la ubicación según la clasificación resultante se procede a elaborar un plan de acción o de trabajo que incluya otras herramientas (test para pesquisa de depresión, laboratorio, imagenología, interconsulta con especialistas y otros de acuerdo al caso)

5.- Tratar

Una vez identificada la condición del adolescente, si es un Síndrome Depresivo podría ser tratado ambulatoriamente acorde a determinados criterios (ver cuadro identificado con color amarillo), o si por el contrario posee los criterios para hospitalización y tratamiento especializado (ver cuadro con color rojo). Si el hallazgo se corresponde con alto riesgo para suicidio (cuadro en rojo), requiere ser referido para tratamiento urgente aunque previamente se administrará el tratamiento pertinente para estabilizar sus condiciones antes de su transferencia a un centro que cuente con personal calificado y/o especializado. En caso de no ameritar referencia se indicará o aplicará el tratamiento correspondiente y se explicará claramente al adolescente en qué consiste y de considerar que puede existir más de una alternativa terapéutica informar y asegurarse de la comprensión de lo informado durante una conversación respetuosa, firme pero cálida, sin emitir juicio de valor sobre

IMAN. UNA ESTRATEGIA PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN ADOLESCENTES

su intención de autolisis, con el fin de respetar la autonomía del adolescente, pudiendo participar en las decisiones que atañen a su tratamiento, en caso que carezca de condiciones y no sea apto para tomar decisiones favorables con su persona, se procederá a delegar el ejercicio de su autonomía, es decir, una relación médico paciente donde el paternalismo en ésta estaría justificado.

Quisiera referirme a un aspecto que tiene que ver con el médico que detecta la intención de suicidio del adolescente o que francamente el adolescente muy angustiado o fríamente le dice que no quiere seguir viviendo, que es mejor estar muerto y el quiere matarse, realmente esta declaración causa mucha angustia y más saberse incompetente con la solución a tremendo problema ¿qué hacer? En primer lugar, escuchar atentamente al adolescente, expresarle y reconocer el valor que tiene que haya confiado en ti para expresarle lo que te aqueja, acepta la información con calma y sin juzgar, infórmale de la intención de referirlo a un especialista calificado para su adecuado tratamiento, facilita el contacto para la referencia con otro especialista y que no se sienta "abandonado" por ti, evalúa su grado de madurez para ejercer su autonomía y la capacidad para la toma de decisiones respecto a su condición.

6.- Seguimiento

Este se llevará a efecto de acuerdo a la condición identificada las veces necesarias que amerite el caso. Las consultas de seguimiento del adolescente en tratamiento seguirán una regularidad determinada por la respuesta clínica al mismo. En cada oportunidad se evaluará si persiste el estado de vulnerabilidad para el suicidio o si ya éste no es el problema y aparece una nueva condición de vulnerabilidad para otro evento (embarazo, explotación sexual o laboral, violencia, etc)

7.- Consejería.

Es muy importante durante la adolescencia y tiene como objetivo fundamental la identificación de factores de riesgo y evitar que se produzca un daño. Permite entablar una relación médico adolescente más horizontal en la cual la escucha y el sentir del adolescente tenga preponderancia. Todos los pasos anteriores se ofrecen en forma esquemática, sin pretender agotar el tema, que intenta orientar al clínico para detectar riesgo suicida en adolescentes, a través de la estrategia IMAN, con la posibilidad de ir añadiendo nuevos elementos capaces de enriquecer el tema a ser considerado.

IMAN. UNA ESTRATEGIA PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN ADOLESCENTES

SECCIÓN I: ALGORITMO 10.7 (S I: 10.7)

EVALUACIÓN DE RIESGO DE SUICIDIO

Evaluar y clasificar factores de riesgo vinculados al suicidio en los y las adolescentes entre 10 y 19 años en cada consulta

PREGUNTAR



- ¿Cómo ha sido tu estado de ánimo? ¿hay alguno que sea predominante (tristeza, alegría, indiferente), sentimientos de soledad?
- ¿Lloras con frecuencia?
- ¿Has notado pérdida de interés en actividades que te agradan?
- ¿Cómo ha sido tu rendimiento académico?
- ¿Has tenido conflictos con familiares, amigos, novia (o)? ¿has perdido algún ser querido? ¿alguien te ha rechazado?
- ¿Alguien en tu familia o entre tus amigos ha intentado quitarse la vida?
- ¿Qué opinas acerca del suicidio y alguna vez ha pasado ese pensamiento por tu cabeza?
- ¿Has tenido dificultad para dormir o permanecer dormido? ¿Duermes más de lo habitual? ¿te estás despertando muy temprano?
- ¿Asistes a fiestas o sitios recreativos? ¿Acudes a lugares inseguros o fiestas rave?, ¿Realizas deportes extremos sin preparación? ¿utilizas internet? ¿Has organizado citas con desconocidos a través de internet?
- ¿Tienes sensación de desesperanza? Incapacidad para planear el futuro.
- ¿Cómo te sientes contigo mismo(a)?
- ¿Has tenido fluctuaciones del estado de ánimo?
- ¿Has tenido problemas en la escuela?

OBSERVAR



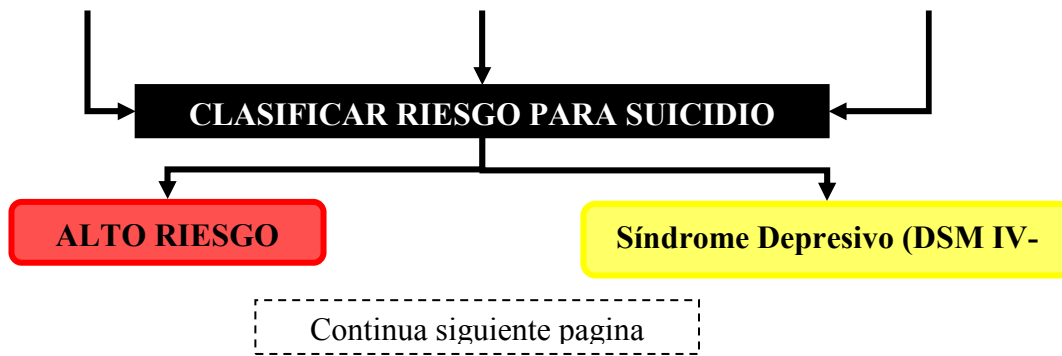
- Actitud, aspecto, vestimenta, lenguaje corporal y verbal (ojalá estuviera muerto, ya nadie me quiere, estoy aburrido de vivir, la única solución es morir).
- Signos y síntomas depresivos* por lo menos de 2 semanas de duración o irritabilidad
- Alteración del peso (disminución o aumento)
- Signos de agresión física (hematomas, cicatrices...) o actitud sugestiva de violencia verbal.
- Accidentes frecuentes.
- Intoxicación por drogas
- Abuso sexual
- Aniversario del hijo que no nació (aborto)
- Fracaso académico o laboral. Embarazo
- Identificar pérdida de elementos significativos (trabajo, estudios, amigo, salud, otros) precipitantes de pensamiento suicida.

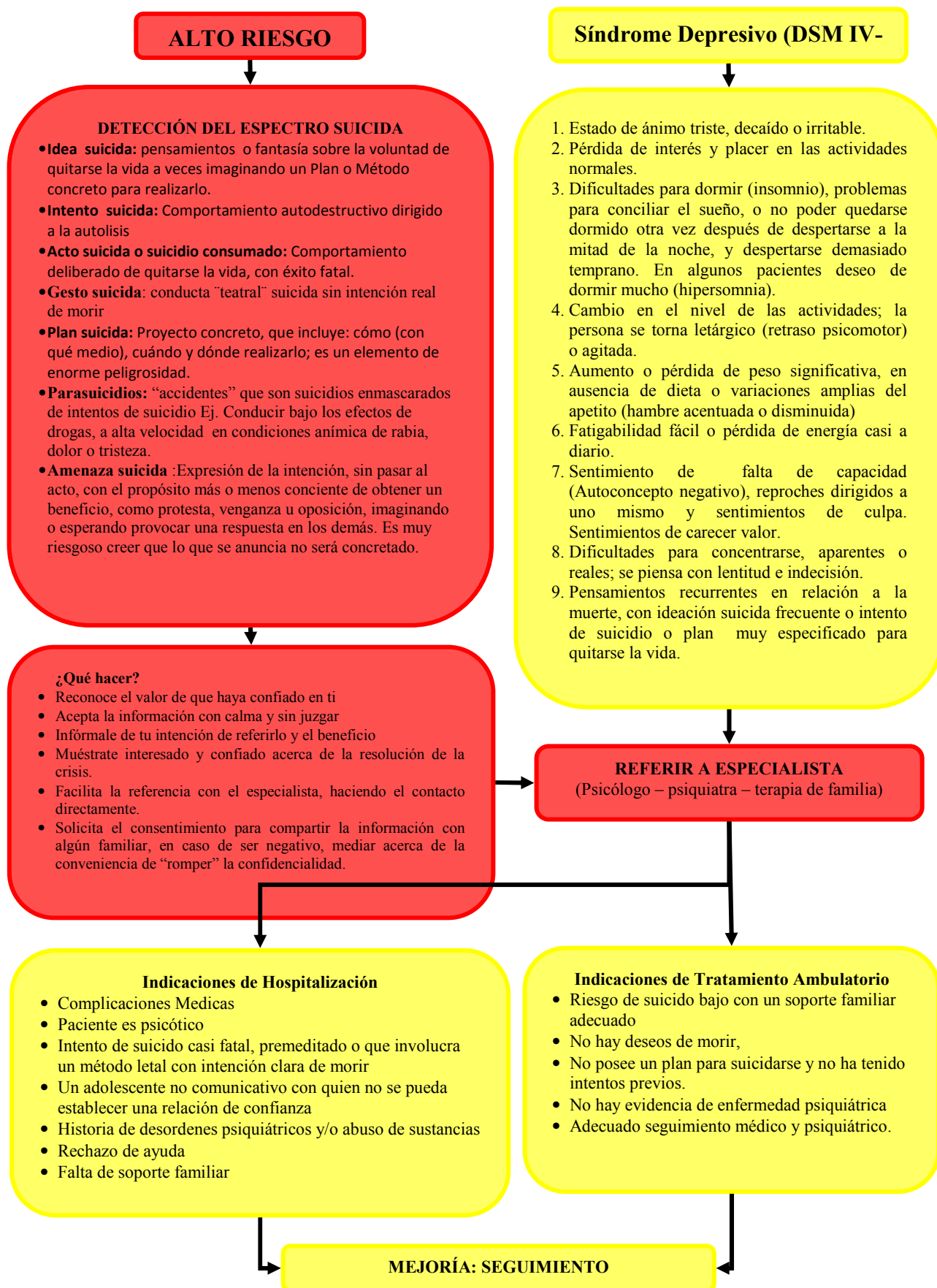
DETERMINAR



- Factores de riesgo y conductas de riesgo del adolescente o de miembros de su grupo familiar.
 - Factores protectores del adolescente y/o su grupo familiar
 - Síndrome depresivo o forma encubierta de depresión (fatiga, ↓ concentración, hipocondría). Síntomas persistente por 2 semanas (Escala de depresión)
 - Conducta suicida: comportamiento con señal de que tiene planes autodestructivos:
 - Factor tiempo
 - Conocimiento del daño del medio empleado
 - Posibilidad de ser rescatado
 - Intensidad del evento ¿5 ó 90 pastillas?
- Otras pistas**
- Desprenderse de pertenencias muy apreciadas
 - Escribir una carta o nota suicida
 - "Curación" repentina de fuerte depresión.
 - Comprar un arma
 - Un intento anterior
 - Espectro suicida: Intento suicida
 - Gesto, Ideas, juego suicidas.
 - Parasuicidio

IMAN. UNA ESTRATEGIA PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN ADOLESCENTES





CONSEJERIA

- Estará orientada a identificar y promover los factores protectores tales como: familia apoyadora, grupos de amigos o religiosos, mejorar la autoestima, a tener plan futuro, relacionarse positivamente con otros adultos.
- Conversar de su escala de valores materiales y espirituales que orientan su conducta. Presión grupal y grado de resistencia a la presión negativa. Comportamiento sexual. Problemas económicos para cubrir sus necesidades básicas

ESCALA PARA DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO DE DEPRESIÓN.

Presencia de estos síntomas durante un periodo de dos semanas

- 1.Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día
- 2.Disminución del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades
- 3.Pérdida de peso o aumento de apetito
- 4.Insomnio o Hipersomnia
- 5.Agitación o enlentecimiento psicomotor
- 6.Fatiga o pérdida de energía.
- 7.Sentimientos de Inutilidad o culpa excesiva o inapropiada
- 8.Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse
- 9.Pensamiento negativo

Bibliografía

1. Center for disease Control and Prevention. Suicide trends among youth and young adults aged 10-24 years—United States, 1990-2004. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2007;56(35):905-8.
2. Waldvogel JL, Rueter M, Oberg C. Adolescent suicide: risk factors and prevention strategies. *Curr Prob Pediatr Adoles Health Care* . 2008:110-124,
3. Organización Panamericana de la Salud. Integración del manejo del adolescente y sus necesidades (IMAN). Washington DC. 2006
4. Organización Panamericana de la Salud. Plan de Acción sobre la Salud de Los Adolescentes y los Jóvenes 49. Consejo Directivo CD49/12 2009. Washington DC. 2009
5. Stoep A, Mc Cauly E, Flynn C, Stone A. *Suicide Life Threat Behav.* 2009 December ; 39(6): 599. doi:10.1521/suli.2009.39.6.599
6. Stephanie S. Daniel David B. Goldston, Ph.D.2, Alaattin Erkanli, Ph.D.3, Joseph C. Franklin, BA4, and Andrew M. Mayfield, LMFT5 Trait Anger, Anger Expression, and Suicide Attempts among Adolescents and Young Adults: A Prospective Study *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2009 September ; 38(5): 661-671.
7. Silva,H, Martínez,J. ¿Es efectivo que los antidepresivos aumentan el riesgo de suicidio? *Rev Méd Chile* 2007; 135: 1195-1201
8. Laurie Barclay, Severe Acne Linked to Suicide Risk Even Before Treatment Is Started. Disponible en: <http://www.medscape.com/viewarticle/732686>
9. Isabel Ruiz-Pérez / Antonio Olry de Labry-Lima El suicidio en la España de hoy *Gac Sanit.* 2006;20(Supl 1):25-31
10. Matthew B. Wintersteen Standardized Screening for Suicidal Adolescents in Primary Care *PEDIATRICS* 2010; 125: 938-944
11. Gracia, D. Los cambios en la relación médico-enfermo. En Bioética clínica. Editorial El Buho. LTDA 1998. Bogotá pp53-59
12. Gracia, D. La relación clínica. En Bioética clínica. Editorial El Buho. LTDA 1998. Bogotá pp61-67
13. Silber T. Physician/adolescent patient relationship. IN: Ethical issues in the treatment of children and adolescents. Ed SLACK 1983 .United States of America. pp79-84
14. Monica H. Swahn, Ph.D, Megan R. Reynolds, Melissa Tice, Maria C. Miranda-Pierangeli, Courtney R. Jones, India R. Jones. Perceived Overweight, BMI, and Risk for Suicide Attempts: Findings from the 2007 Youth Risk Behavior Survey. *JAH.* published online 18 May 2009.
15. WHO: "[Country reports and charts available](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/country_reports/en/index.html)". *WHO website - Mental health.* World Health Organization. 2009. Retrieved 2010-12-27 Disponible en : http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/country_reports/en/index.html
16. Costello EJ, Angold A. Scales to assess child and adolescent depression: Checklists, screens,

IMAN. UNA ESTRATEGIA PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN ADOLESCENTES

and nets. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 1988;27:726-737. [PubMed:3058677]

17. Shain BN. the Committee on Adolescence. Suicide and suicide attempts in adolescents. Pediatrics 2007;120(3):669-676. [PubMed: 17766542]

18.-Slap GB, Vorters DF, Khalid N, Margulies SR, Forke CM. Adolescent suicide attempters: do physicians recognize them? Journal of Adolescent Health 1992;13(4):286-292. [PubMed: 1610844]

19.- Suicidality in adolescents being treated with antidepressant medications and the black box label:Position paper of the Society for Adolescent Medicine Lock J, Walker L, Vaughn , Katzman D. J of Adolescent Health 2005 ; 36: 92-93.

20.- Meeting the Health Care Needs of Adolescents in Managed Care: A Background Paper. English A, Kapphahn C, Perkins J, . Wibbelsman C. JI of Adolescent Health 1998;. 22: 278-292

21.- Bullying and peer victimization: Position paper of the Society for Adolescent Medicine. [Eisenbe](#) M, [Aalsma](#) M, .J of Adolescent Health 2005;36: 88-91.

IMAN. UNA ESTRATEGIA PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN ADOLESCENTES

Cuadro 1. Tasa de suicidio (por 100.000) general, por edad y sexo

País	Tasa General	5-14 years		15-24 years	
		varones	mujeres	varones	mujeres
Perú (2000)	0.9	0.1	0.1	1.7	1.9
Republica Dominicana (2004)	1.6	0.7	0.0	2.1	0.6
Guatemala (2006)	2.3	0.2	0.3	6.3	2.2
Venezuela (2005)	3.8	0.8	0.4	8.0	3.1
México (2005)	4.0	1.0	0.6	9.6	2.9
Paraguay (2004)	4.1	1.1	0.9	8.7	6.8
Brasil (2005)	4.6	0.3	0.3	7.0	2.3
Colombia (2005)	4.9	1.2	0.6	12.6	5.6
Panamá (2006)	5.7	1.5	0.3	11.8	2.4
Ecuador (2006)	6.8	2.0	2.0	12.2	12.3
El Salvador (2006)	6.8	0.7	0.6	15.9	10.1
Nicaragua (2005)	7.2	1.4	1.0	20.8	8.8
España (2005)	7.8	0.2	0.2	5.1	1.5
Argentina (2005)	7.9	1.5	0.6	19.3	4.6
Costa Rica (2006)	8.0	1.4	1.2	12.3	3.0
Chile (2005)	10.3	1.8	1.0	18.7	4.5
United states (2005)	11.0	1.0	0.3	16.1	3.5
Canadá (2004)	11.3	0.8	0.6	17.0	4.8
Alemania (2006)	11.9	0.5	0.2	9.2	2.4
Islandia (2007)	11.9	0	0	30.1	4.5
Cuba (2006)	12.3	0.3	0.1	6.4	2.2
Uruguay (2004)	15.8	1.5	1.1	22.1	6.9
France (2006)	17.0	0.6	0.2	10	3.2
Finlandia (2007)	18.8	1.0	0.0	26.5	9.6
Japón (2008)	24.0	0.7	0.3	20.2	10.4
Hungría (2008)	24.7	0.8	0.0	11.8	2.9

IMAN. UNA ESTRATEGIA PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN ADOLESCENTES













Tasa de suicidio general por sexo, año y país

Posición	País	Male	Female	Total pop.	Year
1	 Belarus	63.3	10.3	35.1	2003
2	 South Korea	N/A	N/A	31.0	2009
3	 Lithuania	55.9	9.1	30.7	2008
4	 Kazakhstan	46.2	9.0	26.9	2007
5	 Japan (more information)	35.8	13.7	24.4	2007
6	 Russia	37.2	9.0	23.1	2010
7	 Guyana	33.8	11.6	22.9	2005
8	 Ukraine	40.9	7.0	22.6	2005
9	 Sri Lanka	N/A	N/A	21.6	1996
10	 Hungary	37.1	8.6	21.5	2008
11	 Latvia	34.1	7.7	19.9	2007
12	 Slovenia	32.1	7.9	19.8	2008
13	 Serbia and Montenegro	28.4	11.1	19.5	2006
14	 Finland	28.9	9.0	18.8	2007
15	 Belgium	27.2	9.5	18.2	1999
16	 Croatia	26.9	9.7	18.0	2006
17	 Switzerland	23.5	11.7	17.5	2006
18	 France	25.5	9.0	17.0	2006
19	 Uruguay	26.0	6.3	15.8	2004
20	 Moldova	28.0	4.3	15.7	2007
21	 Austria	23.8	7.4	15.4	2007
22	 South Africa	25.3	5.6	15.4	2005
23	 Hong Kong	19.3	11.5	15.2	2006
24	 Poland	26.8	4.4	15.2	2006
25	 Suriname	23.9	4.8	14.4	2005
26	 Estonia	29.1	6.2	16.5	2008

IMAN. UNA ESTRATEGIA PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN ADOLESCENTES

27	 New Zealand	20.3	6.5	13.2	2008
28	 Sweden	18.1	8.3	13.2	2006
29	 Seychelles	N/A	N/A	13.2	1998
30	 Slovakia	22.3	3.4	12.6	2005
31	 Cuba	19.6	4.9	12.3	2006
32	 Trinidad and Tobago	20.4	4.0	12.0	2002
33	 Czech Republic	20.2	4.2	11.8	2008
34	 Bosnia and Herzegovina	20.3	3.3	11.8	1991
35	 Canada	17.9	5.4	11.6	2005
36	 Portugal	17.9	5.5	11.5	2004
37	 Norway	16.8	6.0	11.4	2006
38	 Romania	18.9	4.0	11.3	2007
39	 Iceland	17.9	4.5	11.3	2009
40	 United States	17.7	4.5	11.1	2005
41	 Luxembourg	17.7	4.3	11.0	2005
42	 Denmark	16.0	5.7	10.6	2006
43	 India	12.2	9.1	10.6	1998
44	 Australia	16.7	4.4	10.5	2004
45	 Mauritius	16.0	4.8	10.4	2007
46	 Singapore	12.9	7.7	10.3	2006
47	 Chile	17.4	3.4	10.3	2005
48	 Bulgaria	15.3	4.7	9.5	2007
49	 Germany	14.9	4.4	9.4	2007
50	 Ireland	14.5	4.2	9.3	2008
51	 Kyrgyzstan	14.4	3.7	9.0	2006
52	 Turkmenistan	13.8	3.5	8.6	1998
53	 Netherlands	11.6	5.0	8.3	2007
54	 Costa Rica	13.2	2.5	8.0	2006

IMAN. UNA ESTRATEGIA PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN ADOLESCENTES

55	 Argentina	12.7	3.4	7.9	2005
56	 Zimbabwe	10.6	5.2	7.9	1990
57	 Thailand	12.0	3.8	7.8	2002
58	 Saint Lucia	10.4	5.0	7.7	2002
59	 Belize	13.4	1.6	7.6	2001
60	 Puerto Rico	13.2	2.0	7.4	2005
61	 Nicaragua	11.1	3.3	7.2	2005
62	 Ecuador	9.1	4.5	6.8	2006
63	 El Salvador	10.2	3.7	6.8	2006
64	 Republic of Macedonia	9.5	4.0	6.8	2003
65	 People's Republic of China	19.7	8	6.6	2008
66	 United Kingdom	17.7	5.4	9.2	2008
67	 Malta	12.3	0.5	6.4	2007
68	 Spain	9.6	3.0	6.1	2007
69	 Israel	9.9	2.1	5.8	2007
70	 Grenada	9.8	1.9	5.9	2005
71	 Panama	10.4	0.8	5.7	2006
72	 Italy	8.4	2.3	5.2	2007
73	 Colombia	7.8	2.1	4.9	2005
74	 Uzbekistan	7.0	2.3	4.7	2005
75	 Brazil	7.3	1.9	4.6	2005
76	 Cyprus	7.0	1.7	4.3	2008
77	 Paraguay	5.5	2.7	4.1	2004
78	 Albania	4.7	3.3	4.0	2008
79	 Mexico	6.8	1.3	4.0	2008
80	 Turkey	5.36	2.50	3.94	2008
81	 Venezuela	6.1	1.4	3.8	2005
82	 Saint Vincent and the Grenadines	7.3	0.0	3.7	2004

IMAN. UNA ESTRATEGIA PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN ADOLESCENTES

83	 Bahrain	4.9	0.5	3.1	1988
84	 Greece	4.8	1.0	2.8	2008
85	 Tajikistan	2.9	2.3	2.6	2001
86	 Armenia	3.9	1.0	2.4	2006
87	 Guatemala	3.6	1.1	2.3	2006
88	 Georgia	3.4	1.1	2.2	2001
89	 Philippines	2.5	1.7	2.1	1993
90	 Kuwait	2.5	1.4	2.0	2002
91	 Dominican Republic	2.6	0.6	1.6	2004
92	 Jordan	0.0	0.0	1.1	2009
93	 The Bahamas	1.9	0.0	1.0	2002
94	 Peru	1.1	0.6	0.9	2000
95	 São Tomé and Príncipe	0.0	1.8	0.9	1987
96	 Barbados	1.4	0.0	0.7	2001
97	 Azerbaijan	1.0	0.3	0.6	2007
98	 Maldives	0.7	0.0	0.3	2005
99	 Iran	0.3	0.1	0.2	1991
100	 Jamaica	0.3	0.0	0.1	1990
101	 Syria	0.2	0.0	0.1	1985
102	 Egypt	0.1	0.0	0.0	1987
103	 Honduras	0.0	0.0	0.0	1978
104	 Saint Kitts and Nevis	0.0	0.0	0.0	1995
105	 Antigua and Barbuda	0.0	0.0	0.0	1995
106	 Haiti	0.0	0.0	0.0	2003