

P. Gracia García  
A. Barrera Francés  
M.J. Bel Aguado.

## Factores de riesgo de suicidio en niños y adolescentes: una revisión bibliográfica

Residentes de psiquiatría Hospital Clínico Universitario de Zaragoza.

### *Suicide risk factors in childhood and adolescence: A review*

#### Correspondencia:

Patricia Gracia García  
Av/ Valencia 59, bajo izq.  
CP 50005 Zaragoza  
E-mail: pat\_gragar@hotmail.com

---

#### RESUMEN

**Introducción:** el suicidio es la segunda o tercera causa de mortalidad en adolescentes, constituye, por su frecuencia y los años de vida perdidos, un serio problema de salud pública. **Objetivos:** la finalidad de este estudio es conocer los factores de riesgo asociados con suicidio en adolescentes, para identificarlos y prevenir el riesgo de mortalidad por esta razón. **Método:** hemos buscado en la base de datos PubMed revisiones sistemáticas publicadas los últimos 5 años en revistas de impacto y algunos de los artículos citados en las mismas. **Resultados:** los factores asociados con alto riesgo de suicidio son: sexo masculino, mayor edad (15-24 años), dificultades socioeconómicas y experiencias traumáticas en la infancia (hogar disfuncional, abusos sexuales...), psicopatología o suicidio en los padres, enfermedad psiquiátrica (trastorno depresivo y abuso de sustancias), antecedentes de autolesión y vulnerabilidad psicológica a acontecimientos vitales adversos, con importante influencia sociocultural. **Discusión:** los factores de riesgo de suicidio están a menudo interrelacionados, algunos de ellos constituyen un factor de riesgo independiente, otros favorecen la aparición o refuerzan el efecto de estos.

**Palabras clave:** factores de riesgo, suicidio, adolescentes.

#### ABSTRACT

**Introduction:** The suicide is the second or third cause of mortality in teenagers. It represents, for its frequency and the lost of life's years, a serious problem of public health. The aim of the present study is to know the risk factors associated with suicide in adolescents, to be able to identify them and to avoid the mortality by this reason. **Method:** We searched for systematic reviews in PubMed database published in the last 5 years in core clinical journals, and for some of the articles cited in them. **Results:** The factors associated with high risk of suicide are: male sex, older age (15-24 years), socioeconomic difficulties and traumatic experiences during childhood (sexual abuses...), parental psychopathology or suicide, psychiatric illness (depressive disorder and substance abuse), previous self-harm and psychological vulnerability to adverse life events, with important socio-cultural influence. **Discussion:** Risk factors are often linked, some of them are independent risk factors of suicide, and others increase the chance of appearance or reinforce the effect of them.

**Key words:** Risk factors, suicide, adolescents.

## 34 INTRODUCCIÓN

El suicidio representa, tras los accidentes de tráfico, la segunda/tercera causa de mortalidad en los adolescentes. Constituye por su frecuencia, su gravedad, y su dificultad de prevención un importante problema de salud pública.

Se describen tres presentaciones clínicas: la ideación suicida (cuya gravedad es difícil de discernir, pero que traduce un profundo malestar), la tentativa de suicidio (acto voluntario con finalidad de provocarse la muerte sin llegar a conseguirlo), y el suicidio consumado. Los gestos parasuicidas o equivalentes suicidas son conductas de riesgo donde la vida del sujeto puede verse en juego, sin expresión de un deseo claro o voluntad de provocarse la muerte<sup>1</sup>.

El objetivo de esta revisión es conocer los factores asociados a mayor riesgo de conductas autolesivas en adolescentes, como base para la prevención de su repetición y fallecimiento por suicidio.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Buscamos en la base de datos PubMed revisiones sistemáticas publicadas los últimos 5 años en revistas de impacto con los términos “risk factors and suicide”, limitadas a estudios en menores de 18 años. Revisamos también varios artículos citados en éstas. Realizamos una búsqueda complementaria, marcando los mismos límites, de todos los artículos con los términos “mental disease and suicide”, seleccionando principalmente estudios observacionales longitudinales con muestras representativas de la población general o de la población a estudio.

## RESULTADOS

### Factores demográficos

El suicidio es raro antes de la pubertad, hasta los 14 años la tasa de suicidios permanece en torno a 0.5 por 100000. En los jóvenes entre 15 y 24 años se eleva de forma dramática, alcanzando 14.5 por 100000 en varones y 4.3 por 100000 en mujeres<sup>1</sup>. Con respecto a las conductas autolesivas, las edades de mayor riesgo son entre los 15-24 años en las mujeres y entre los 25-34 años en los varones, según el estudio europeo de la OMS<sup>2</sup>.

Las tasas de suicidio son mayores en adolescentes varones, en cambio las tentativas de suicidio son más frecuentes en las mujeres. Así como el riesgo de suicidio consumado es mayor en los varones de forma independiente, el mayor riesgo de tentativas en mujeres es atribuible a otros factores de riesgo como mayor tendencia al ánimo depresivo (debido a los cambios endo-

crinos), trastornos de conducta alimentaria, y mayor implicación romántica, puesto que las diferencias entre ambos sexos desaparecen cuando se corrigen dichos factores<sup>3</sup>.

## FACTORES SOCIALES Y FAMILIARES

Un entorno familiar durante la infancia con dificultades socioeconómicas, disrupción conyugal, relación distante entre padres e hijos y exposición a abusos sexuales se asocian a mayor riesgo de comportamientos suicidas. Salvo las dificultades socioeconómicas en la infancia, el resto de factores de riesgo son en gran parte mediados por problemas de salud mental (trastornos depresivos, alcoholismo y abuso de sustancias) y exposición a acontecimientos vitales estresantes durante la adolescencia y edad adulta temprana<sup>4</sup>. Existe una fuerte asociación entre experiencias traumáticas en la infancia y el riesgo de tentativas de suicidio a lo largo de la vida, con un mayor riesgo en la infancia-adolescencia<sup>5</sup>.

Una historia de trastornos psiquiátricos, suicidio o abuso de sustancias en los progenitores incrementa el riesgo de suicidio en los adolescentes, por motivos genéticos (ver factores biológicos), ambientales (mayor probabilidad de hogar disfuncional) o ambos<sup>7</sup>.

El suicidio no obstante tiene un componente familiar independientemente de la psicopatología, que puede mediar a través de una combinación de factores, que incluyen ideación suicida más severa y comportamientos agresivos.

El aislamiento social es otro factor de riesgo de suicidio, de especial importancia en adolescentes inmigrantes, donde se suma el estrés de aculturación<sup>2</sup>.

En adolescentes, especialmente en los rangos de edad de 15-19 y de 20-24 años, se observa una tendencia de agrupación temporoespacial de conductas autolesivas y suicidios, sugiriendo la existencia de contagio del comportamiento suicida<sup>6,8</sup>. El riesgo de suicidio se incrementa durante las dos primeras semanas tras exposición a un suicidio real o ficticio. El llamado fenómeno “cluster” de conductas suicidas entre los adolescentes varía considerablemente según el estado y el año de investigación, hay pruebas de que la cultura y los medios de comunicación juegan papel importante en el mismo<sup>8</sup>. Los adolescentes parecen ser más vulnerables a la influencia de los medios, los suicidios retransmitidos por estos, sobre todo si se hace con dramatismo e imágenes de impacto, tienen una potencial influencia negativa en los jóvenes expuestos. El potencial de los “sitios suicidas” en internet como factor de riesgo de comportamientos suicidas debe ser probado,

pero existen casos aislados que muestran su influencia, sin existir en el presente una política reguladora de los mismos<sup>9</sup>.

## FACTORES INDIVIDUALES

### Enfermedades físicas

Los pacientes con problemas de salud repetidos (fatiga, dolor abdominal, pesadillas) y ciertas enfermedades somáticas: asma, diabetes, obesidad, epilepsia... tienen mayor riesgo de depresión, que suele ser infradiagnosticada e infratratada al ser considerada como una reacción "normal", y están expuestos a mayor riesgo de suicidio<sup>10</sup>.

La enuresis nocturna se ha relacionado también con mayor riesgo de comportamiento suicida en la adolescencia. El retraso del control de esfínteres más allá de los 3 años puede ser un temprano predictor del neurodesarrollo de la conducta suicida<sup>11</sup>.

## FACTORES BIOLÓGICOS

Los estudios más recientes de genética molecular proponen genes responsables de esta transmisión, entre ellos, el gen promotor del transportador de serotonina. Al parecer, los genotipos portadores del alelo "s" son más susceptibles a depresión, ideación suicida o autoagresión ante acontecimientos vitales estresantes. Endofenotipos relacionados con alteración de la función serotoninérgica (ej. Ansiedad, impulsividad, o agresión) pueden contribuir a vulnerabilidad a depresión y autolesiones.

En el LCR de pacientes que se autolesionan se encuentran bajos niveles de 5HIAA, que pueden predecir futuras conductas autolesivas. Una liberación brusca de prolactina estimulada por fenfluramina es otro índice de función serotoninérgica alterada.

Las pruebas de neuroimagen funcionales indican una disminución del potencial de unión de los receptores prefrontales 5HT<sub>2a</sub> en pacientes que han tenido conductas autolesivas<sup>2</sup>.

## COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA

Estudios basados en la autopsia psicológica de pacientes adolescentes fallecidos por suicidio muestran que un 59-91% padecían un trastorno psiquiátrico, frecuentemente un trastorno del ánimo, aislado o asociado a trastorno de conducta y/o abuso de sustancias<sup>12</sup>. Sin embargo, un comportamiento disocial o dependencia de sustancias puede representar un factor de riesgo de comportamiento suicida sin comorbilidad afectiva, y este riesgo suele ser infravalorado<sup>13</sup>.

Los trastornos del ánimo, de ansiedad y el

abuso/dependencia de sustancias son factores de riesgo independientes de tentativas suicidas<sup>14</sup>.

La depresión es el trastorno psiquiátrico más común en pacientes con suicidio consumado. Está presente en aproximadamente 1% de los niños y 5% de los adolescentes en un momento dado. En los adolescentes se manifiesta frecuentemente, no como tristeza, sino como aburrimiento, irritabilidad, e incapacidad para experimentar placer<sup>7</sup>. Los estados subdepresivos en adolescentes tienen el mismo pronóstico que el estado depresivo mayor, puesto que se asocian a posterior depresión y tendencias suicidas<sup>15</sup>.

Aproximadamente un tercio de los pacientes con trastorno bipolar tiene antecedentes de tentativa suicida. Tienen más riesgo los pacientes con episodios mixtos, cicladores rápidos con depresión mayor que comienzan a presentar síntomas maniacos<sup>16</sup>, síntomas psicóticos, y trastorno bipolar tipo I. Así como los pacientes con comorbilidad: ansiedad<sup>17</sup>, abuso de sustancias...<sup>18</sup>.

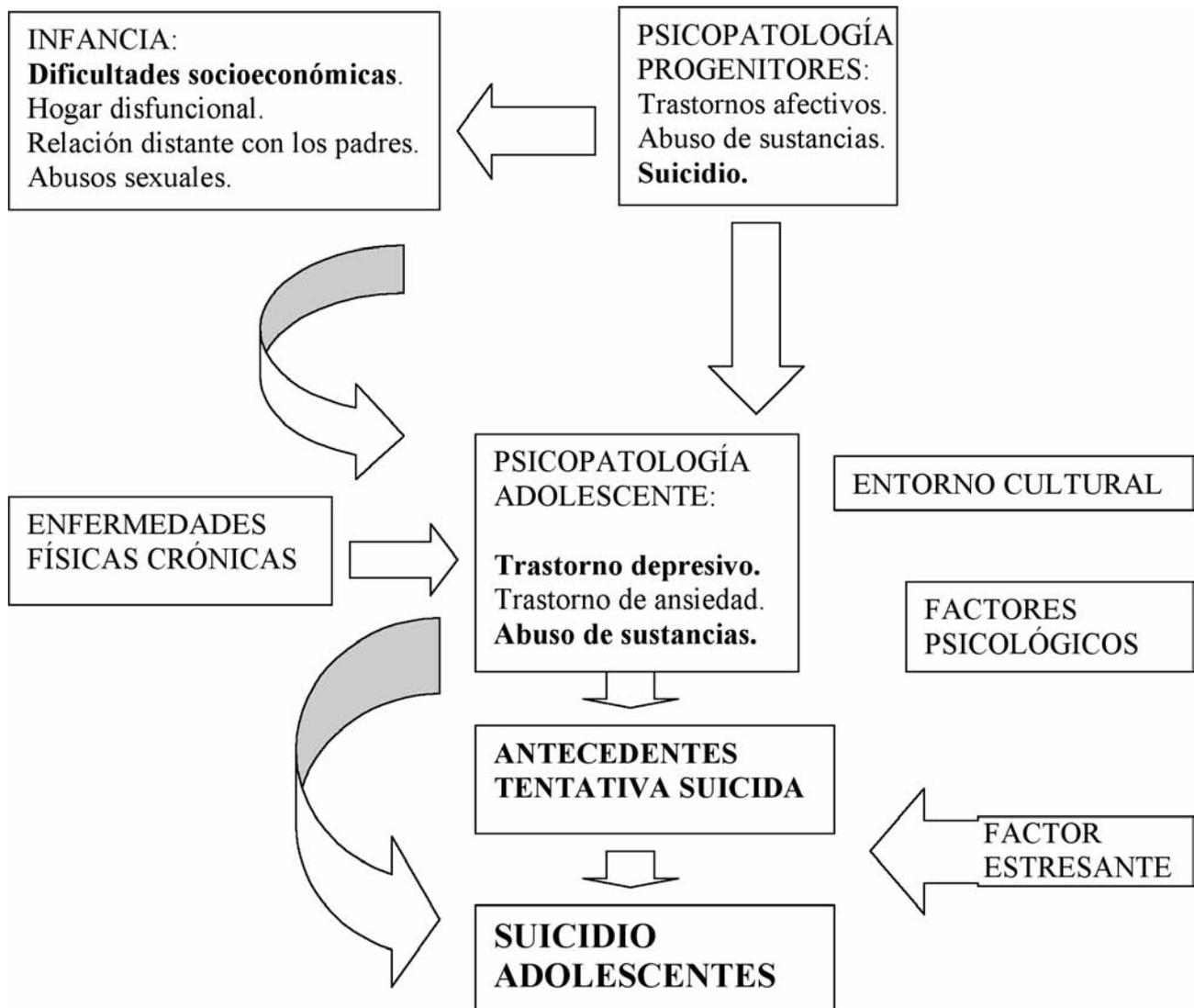
Según un estudio prospectivo reciente<sup>19</sup>, los trastornos de ansiedad están asociados por sí mismos a un incremento de ideación y tentativa suicida, pero también incrementan considerablemente el riesgo suicida de los trastornos afectivos. En un estudio retrospectivo previo<sup>20</sup>, el único trastorno de ansiedad que mostró asociación significativa con incremento del riesgo de suicidio fue el Trastorno de Estrés Posttraumático (TEPP). Según otro grupo investigador esta asociación se debe a una frecuente coexistencia de antecedentes de abuso sexual, trastorno de personalidad cluster B y trastorno depresivo mayor en estos/as pacientes<sup>21</sup>.

En los pacientes con conductas autolesivas es frecuente el diagnóstico de trastorno de personalidad, fundamentalmente de tipo límite, constituyendo uno de los criterios diagnósticos del trastorno. Excluyendo el criterio de autolesiones, la inestabilidad afectiva es el criterio del trastorno de personalidad límite asociado más estrechamente a comportamientos suicidas<sup>22</sup>.

Los trastornos de conducta alimentaria se han relacionado también con mayor riesgo de conductas autolesivas. Un estudio que trataba de relacionar el Índice de Masa Corporal con el riesgo de comportamiento suicida concluyó que este riesgo estaba asociado a la distorsión de la percepción del peso corporal, sin estar asociado al mismo<sup>23</sup>.

En principio, un tratamiento óptimo de la comorbilidad psiquiátrica debería reducir el riesgo de autolesión. En el caso de los fármacos antidepresivos existe controversia, algunos estudios concluyen que el tratamiento con

TABLA 1: Interralación factores de riesgo.



ISRS parece estar asociado a un mayor riesgo de conductas autolesivas en jóvenes menores de 19 años<sup>24</sup>.

### FACTORES PSICOLÓGICOS

Algunos procesos inconscientes hacen más susceptible al individuo de autolesionarse: la rabia hacia los demás o hacia sí mismo, los sentimientos de abandono, de baja autoestima, o desesperanza<sup>25</sup>. La desesperanza es el mejor predictor en pacientes deprimidos de abandono del tratamiento y comportamientos suicidas<sup>26</sup>.

Intervenciones de psicoterapia breve dirigidas a controlar la angustia, la desesperanza y mejorar las habilidades interpersonales pueden reducir el riesgo de comportamientos suicidas. La terapia cognitivo-conductual es la que ha demostrado más eficacia, incluso en casos complejos de depresión (desesperanza, comorbilidad con trastorno de ansiedad, importante distorsión cognitiva)<sup>27</sup>. No existe evidencia de que otros tipos de terapia, como la terapia grupal, sean eficaces en el tratamiento<sup>28</sup>.

## ORIENTACIÓN SEXUAL

En personas que sienten atracción por personas de su mismo sexo, el riesgo autolesivo es mayor, sobre todo cuando empiezan a darse cuenta que no son, o no exclusivamente, heterosexuales. El riesgo es mayor en hombres que en mujeres homosexuales<sup>2</sup>.

## CONDUCTAS AUTOLESIVAS

Aproximadamente 15% de los pacientes atendidos en el hospital por un acto suicida presentarán nuevamente conductas de riesgo en el año siguiente. Al cabo de 9 años, más del 5% habrán consumado el suicidio.

Las conductas autolesivas son un fuerte predictor de riesgo de suicidio, con el riesgo más alto en los primeros 6 meses tras el episodio. El riesgo es mayor si la tentativa suicida se ha planeado para evitar ser descubierto, si no existe apoyo familiar, en pacientes que han recibido tratamiento psiquiátrico previamente, en caso de automutilación, consumo perjudicial de alcohol o de sustancias y problemas de salud física<sup>29,30</sup>.

Tanto en adolescentes varones como en mujeres la historia de tentativas suicidas previas incrementa el riesgo de suicidio unas 30 veces sobre el riesgo de la población general, pero en varones es el factor de riesgo más importante, siendo en mujeres el trastorno depresivo<sup>7,31</sup>.

## FACTORES SITUACIONALES

El suicidio en adolescentes es una entidad única frecuentemente precipitada por un estresor, y la mayoría de ellos no consideran el suicidio varias semanas tras el acontecimiento agudo<sup>7</sup>. Un acontecimiento vital importante, especialmente aquellos que suponen un conflicto interpersonal o una ruptura en una relación afectiva, así como la muerte de un ser querido, pueden desencadenar conductas autolesivas en personalidades vulnerables<sup>2,32</sup>.

La disponibilidad de medios para autolesionarse puede contribuir a que el individuo pase del impulso al acto<sup>2,7</sup>.

Los estados de intoxicación aumentan el riesgo de autolesión, principalmente la intoxicación alcohólica<sup>2</sup>.

## DISCUSIÓN

La adolescencia es un periodo de riesgo suicida importante. Es importante conocer los factores de riesgo asociados a estas conductas para prevenirlas.

A menudo estos factores se interrelacionan entre sí, los adolescentes que durante la infancia viven en un hogar disfuncional, a veces por la presencia de trastornos psiquiátricos, o rasgos de impulsividad y agresividad en

los progenitores, tienen más dificultades para establecer relaciones interpersonales y son más vulnerables a trastornos depresivos o abuso de sustancias, con menos recursos para afrontar acontecimientos vitales estresantes. El entorno cultural y social también influye, a veces permisivamente y otras como factor de contención<sup>2</sup>.

A partir de los artículos revisados, podríamos concluir que los únicos factores que se asocian claramente a aumento del riesgo suicida de forma independiente son: sexo masculino, dificultades socioeconómicas, antecedentes familiares de suicidio, los trastornos del ánimo, el abuso/dependencia de sustancias y los antecedentes de tentativas previas. El resto de factores de riesgo participan a través de estos, favoreciendo su aparición ó potenciando su efecto, o bien de forma permisiva o protectora (factores culturales y rasgos de personalidad) (Figura 1).

## BIBLIOGRAFÍA

1. Picherot G, Dréno L, Le Manach L. Risque suicidaire de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte. *La Revue du Praticien* 2005; 55: 1943-1948.
2. Skegg K. Self-harm. *Lancet* 2005; 366: 1471-83.
3. Wichstrom L, Rossow I. Suicide Life Threat Behav. 2002 Summer; 32(2):101-16.
4. Fergusson DM, Woodward LJ, Horwood LJ. Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behaviour during adolescence and early adulthood. *Psychol Med.* 2000;30(1):23-39.
5. Dube SR, Anda RF, Felitti VJ, Chapman DP, Williamson DF, Giles WH. Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: findings from the Adverse Childhood Experiences Study. *JAMA.* 2001; 286(24):3089-96.
6. Gould MS, Petrie K, Kleinman MH, Wallenstein S. Clustering of attempted suicide: New Zealand national data. *Int J Epidemiol.* 1994 Dec;23(6):1185-9.
7. Kenedy P, Baraff J, Suddath L, Asarnow R. Emergency Department Management of Suicidal Adolescents. *Annals of Emergency Medicine* 2004; 43: 452-460.
8. Gould MS, Wallenstein S, Kleinman M. Time-space clustering of teenage suicide. *Am J Epidemiol.* 1990 Jan;131(1):71-8.
9. Hawton K, Kathryn W. Influences of the media on suicide. *BMJ* 2002; 325:1374-75.
10. Baker GA. Depression and suicide in adolescents with epilepsy. *Neurology* 2006; 66(6 Supl 3): S5-12.
11. Liu X, Sun Z. Age of attaining nocturnal bladder control and adolescent suicidal behavior. *J Affect Disord* 2005; 87(2-3):281-9.
12. Shaffer D, Gould MS, Fisher P, Trautman P, Moreau D, Kleinman M, Flory M. Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53(4):339-48.
13. Verona E, Sachs-Ericsson N, Joiner TE Jr. Suicide attempts associated

- with externalizing psychopathology in an epidemiological sample. *Am J Psychiatry* 2004; 161(3):444-51.
14. Gould MS, King R, Greenwald S, Fisher P, Schwab-Stone M, Kramer R, Flisher AJ, Goodman S, Canino G, Shaffer D. Psychopathology associated with suicidal ideation and attempts among children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998; 37(9):915-23.
  15. Fergusson DM, Horwood LJ, Ridder EM, Beautrais AL. Subthreshold depression in adolescence and mental health outcomes in adulthood. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62(1):66-72.
  16. Goldberg JF, Wankmuller MM, Sutherland KH. Depression with versus without manic features in rapid-cycling bipolar disorder. *J Nerv Ment Dis* 2004;192(9):602-6.
  17. Simon NM, Otto MW, Wisniewski SR, Fossey M, Sagduyu K, Frank E, Sachs GS, Nierenberg AA, Thase ME, Pollack MH. Anxiety disorder comorbidity in bipolar disorder patients: data from the first 500 participants in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD). *Am J Psychiatry* 2004; 161(12):2222-9.
  18. Goldstein TR, Birmaher B, Axelson D, Ryan ND, Strober MA, Gill MK, Valeri S, Chiappetta L, Leonard H, Hunt J, Bridge JA, Brent DA, Keller M. History of suicide attempts in pediatric bipolar disorder: factors associated with increased risk. *Bipolar disord* 2005; 7(6):525-35.
  19. Sareen J, Cox BJ, Afifi TO, de Graaf R, Asmundson GJ, ten Have M, Stein MB. Anxiety disorders and risk for suicidal ideation and suicide attempts: a population-based longitudinal study of adults. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62(11):1249-57.
  20. Sareen J, Houlahan T, Cox BJ, Asmundson GJ. Anxiety disorders associated with suicidal ideation and suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *J Nerv Ment Dis* 2005;193(7):450-4.
  21. Oquendo M, Brent DA, Birmaher B, Greenhill L, Kolko D, Stanley B, Zelazny J, Burke AK, Firinciogullari S, Ellis SP, Mann JJ. Posttraumatic stress disorder comorbid with major depression: factors mediating the association with suicidal behavior. *Am J Psychiatry* 2005;162(3):560-6.
  22. Yen S, Shea MT, Sanislow CA, Grilo CM, Skodol AE, Gunderson JG, McGlashan TH, Zanarini MC, Morey LC. Borderline personality disorder criteria associated with prospectively observed suicidal behavior. *Am J Psychiatry* 2004;161(7):1296-8.
  23. Eaton DK, Lowry R, Brener ND, Galuska DA, Crosby AE. Associations of body mass index and perceived weight with suicide ideation and suicide attempts among US school students. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2005; 159(6):513-9.
  24. Hammad TA, Laughren T, Racoosin J. Suicidality in pediatric patients treated with antidepressant drugs. *Arch Gen Psychiatry*. 2006;63(3):332-9.
  25. Rutter PA, Behrendt AE. Adolescence suicide risk: four psychosocial factors. *Adolescence* 2004; 39: 295-302.
  26. David A, Brent MD, Boris Birmaher MD. *N Engl J Med*, 2002. 347(9): 667-671.
  27. Brent DA, Kolko DJ, Birmaher B, Baugher M, Bridge J, Roth C, Holder D. Predictors of treatment efficacy in a clinical trial of three psychosocial treatments for adolescent depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998; 37(9):906-14.
  28. Wood A, Trainor G, Rothwell J, Moore A, Harrington R. Randomized trial of group therapy for repeated deliberate self-harm in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001;40(11):1246-53.
  29. Hawton K, Fagg J, Platt S, Hawkins M. Factors associated with suicide after parasuicide in young people. *BMJ* 1993;306(6893):1641-4.
  30. Cooper J, Kapur N, Webb R, Lawlor M, Guthrie E, Mackway-Jones K, Appleby L. Suicide after deliberate self-harm: a 4-year cohort study. *Am J Psychiatry* 2005;162(2):297-303.
  31. Hawton K, Zahl D, Weatherall R. Suicide following deliberate self-harm: long-term follow-up of patients who presented to a general hospital. *Br J Psychiatry* 2003;182:537-42.
  32. Maltzgerger JT, Hendin H, Haas AP, Lipschitz A. Determination of precipitating events in the suicide of psychiatric patients. *Suicide life threat behav* 2003; 33(2):111-9.