

Epidemiología de las conductas suicidas en la infancia y adolescencia

J.M. Velilla Picazo, D. Serrat More

Zaragoza

RESUMEN

El trabajo se articula en torno al análisis epidemiológico de las conductas suicidas —abarcando edades entre 12 y 19 años— controlando las variables de edad, sexo, lugar de la tentativa, fecha, motivo desencadenante aparente, actitud frente a la tentativa, tentativas anteriores, ambiente familiar, etc.

Se extraen varias conclusiones correlacionando las variables estudiadas, con especial hincapié en las tentativas de suicidio.

Palabras clave: Epidemiología. Tentativas de suicidio. Suicidio consumado. Variables de riesgo.

INTRODUCCIÓN

Hay una unánime coincidencia en los trabajos epidemiológicos sobre este tema al se-

ñalar que la fiabilidad de las cifras oficiales es escasa.

Hay muchas conductas suicidas que son encubiertas o no consignadas como tales en los servicios de urgencias.

La insuficiencia estadística es generalizada, pero es especialmente clara en nuestro medio, donde se dan casos realmente difíciles de entender ya que p. ej. como nos indica Morande (1), la cifra de intentos de suicidio no consumados para el Instituto Nacional de Estadística (para el período 1974-82) es menor que la de los consumados, o que las cifras de un Hospital, cuidadosamente estudiadas, sean superiores a las de toda la ciudad en la que se ubica.

Para los suicidios consumados las cifras, eso sí, son mucho más exactas, cuya información llega a través de los juzgados de primera instancia e instrucción. Pero esto no ocurre con las tentativas de suicidio que no pasan de los servicios de urgencia de los hospitales y en muchos de estos casos no se realiza el parte de lesiones.

Por otra parte, la distinción entre suicidio consumado e intento de suicidio es, en ciertos casos, evidentemente artificial ya que ciertas tentativas no se han logrado más que por ca-

Sección de Psiquiatría Infanto Juvenil. Hospital Clínico Universitario. Zaragoza.

Comunicación presentada a la Ponencia «El suicidio en la infancia y adolescencia». XXVIII Reunión Anual S.E.N.P.I.J. Vigo 1988.

sualidad y ciertos suicidios no han sido realizados más que en condiciones fortuitas. No obstante, la mayor parte de los autores consideran que el suicidio y la tentativa de suicidio son dos componentes de significación diferente. La tentativa de suicidio no puede ser reducida a un suicidio errado. La intencionalidad del gesto no es la misma en los dos casos.

Según Cobo (2), con respecto a nuestro país, los suicidios consumados han disminuido y las tentativas de suicidio han crecido notablemente.

Con la primera afirmación no hay una total coincidencia ya que en otros trabajos se señala que también hay un aumento, aunque discreto o cuando menos tienden a mantenerse, para los suicidios. Lo que si podemos constatar desde nuestra experiencia psiquiátrica, es que, los intentos de suicidios son un motivo frecuente de consulta entre los adolescentes, aunque opinamos que la importancia más que cuantitativa es cualitativa. Las conductas suicidas infantojuveniles siguen impactando en la opinión pública cuando son aireadas por los medios de difusión y nos continúan impresionando, ya que una de las características esenciales de la infancia, adolescencia y la juventud es precisamente la afirmación a veces violenta, de la vida y todo lo que ésta ofrece o parece ofrecer.

Para el presente trabajo hemos querido traer algunas cifras sacadas de nuestro entorno que nos centren en la realidad (más que meternos en una farragosa comparación de datos estadísticos de otros países).

Estos datos nos han sido suministrados por la Cátedra de Medicina Legal de Zaragoza, que está llevando a cabo un trabajo de investigación en este sentido.

A lo largo de los años 1984, 1985 y 1986 el número total de actos suicidas en la ciudad de Zaragoza, fueron 822, de los que 167 fueron suicidios consumados y 655 tentativas de suicidio.

De los 167 suicidios, 8 correspondían a edades por debajo de los 19 años (un 4,79% del total). De las 655 tentativas, 133 correspondían a este grupo de edad (un 20,30% del total).

De estas cifras deducimos que así como en la población adulta la relación entre tentativas y suicidios consumados sería aproximadamente de 3 a 1, en la infancia y adolescencia la relación sería de 17 a 1 aproximadamente.

MATERIAL Y MÉTODO

Para el presente trabajo hemos recurrido a varias fuentes de datos:

— En primer lugar los suministrados por la Cátedra de Medicina Legal de la Facultad de Medicina de Zaragoza, referidos al número total de suicidios consumados y tentativas de suicidio en niños y adolescentes, en nuestra ciudad, desde enero de 1984 a diciembre de 1986.

Siendo un total de 8 casos de suicidios (recogidos en las fichas del Instituto Anatómico Forense) y de 133 intentos suicidas (recogidos en los partes de lesiones de los Servicios de Urgencias del Hospital Clínico Universitario, la Ciudad Sanitaria Miguel Servet, el Hospital Provincial y la Casa de Socorro).

En estos casos, solamente se nos han suministrado las siguientes variables: edad, sexo, método utilizado y fecha en que se cometió el acto suicida.

— En segundo lugar, hemos estudiado dos grupos de pacientes, todos ellos vistos en nuestra consulta de Psiquiatría Infantojuvenil del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza:

Un primer grupo, que llamaremos grupo A, formado por 50 pacientes, adolescentes, que acudieron a consulta tras realizar un intento suicida entre los años 1973 y 1977, y cuyas historias clínicas fueron objeto de estudio, por nosotros a los largo del año 1978 (3).

Un segundo grupo, al que denominaremos grupo B, formado por los 40 pacientes con comportamiento suicida vistos en nuestra consulta durante los años 1985, 1986 y 1987.

Un período de diez años separa pues estos dos grupos y este hecho hemos creído que puede aportar datos de interés a la hora de comparar diferentes variables entre ambos: edad; sexo; fratria; método utilizado; lugar de la tentativa; fecha; procedencia de los pacientes; mo-

tivo desencadenante aparente; actitud frente a la tentativa; tentativas anteriores; ambiente familiar.

Siguiendo la nomenclatura alfabética, hemos llamado grupo C, al formado por las 133 tentativas suministradas por la Cátedra de Medicina Legal, y cuyas cuatro variables, antes señaladas (edad, sexo, método empleado y fecha) han sido también comparadas con los dos grupos A y B, formados por pacientes vistos en nuestra consulta de Psiquiatría Infantojuvenil.

1) EDAD Y SEXO

Aunque son extremadamente raros los suicidios consumados en niños pequeños, antes de los 11 años, en los diferentes trabajos publicados se recogen esporádicos casos que vienen a resultar los más reveladores e impactantes. En una revisión de fichas del Instituto Anatómico Forense de Madrid efectuada en 1985, se recogen, en el período 1982-1984 sólo dos casos de doce años y tres de quince, estando la mayoría entre los 19 y los 21 a. En general, se admite que los suicidios consumados se incrementan con la edad.

Cobo, tomando como base los datos del Instituto Nacional de Estadística, suministrados por los Juzgados de primera instancia e instrucción, constataba que la edad más temprana a la que se consignó la muerte de un niño por suicidio, en los juzgados de nuestro país (hasta el año 1982) fue de 6 años.

Para el presente trabajo nos han sido suministrados los casos de suicidios consumados en niños y adolescentes, en la ciudad de Zaragoza, durante los años 1984 a 1986 ambos inclusive, siendo la fuente de datos las fichas del Instituto Anatómico Forense. Por otra parte nos han informado, que durante el año 1987 no había habido en nuestra ciudad ningún caso de esas edades siendo el suicida más joven de 19 años (Tabla I).

Podemos comprobar como, dentro de la infancia, sólo existe un caso de un niño de siete años (del que pudimos averiguar que se trata-

TABLA I
Suicidios consumados*
(Enero 84 a Diciembre 87)

Sexo	Edad	Método empleado
V	7	Ahorcamiento
H	12	Ahorcamiento
V	13	Ahorcamiento
V	14	Asfixia por sumersión
V	15	Disparo por arma de fuego
V	15	Ahorcamiento
V	17	Precipitación
V	18	Precipitación

* Fuente de datos: Libro de registro Instituto Anatómico Forense de Zaragoza.

TABLA II
Sexo

	Grupo A		Grupo B	
Varones	11	22%	7	17,5%
Hembras	39	78%	33	82,5%
Total	50	100%	40	100 %

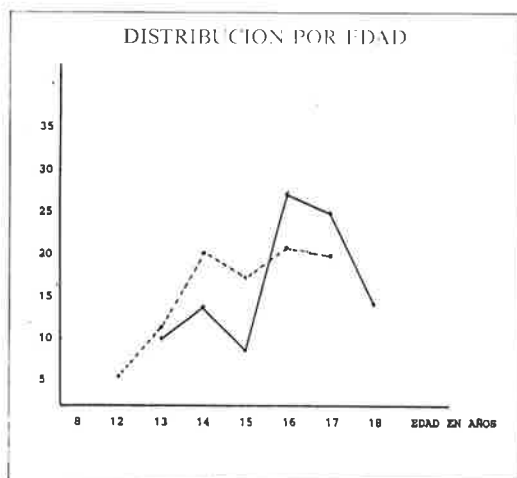
TABLA III
Edad

Años	Grupo A			Grupo B		
	V	H	Total	V	H	Total
8				1	—	1 2%
12				1	1	2 5%
13	1	4	5 10%	—	5	5 12%
14	1	6	7 14%	1	7	8 20%
15	—	4	4 8%	1	6	7 17%
16	3	11	14 28%	1	8	9 22%
17	2	11	13 26%	2	6	8 20%
18	4	3	7 14%	—	—	—
Total			50 100%			40 100%

ba de un hijo ilegítimo con una historia de importantes carencias afectivas y con serias dificultades de aprendizaje y que decidió poner fin a su vida ahorcándose con el cinturón en los barrotes de la cama) estando los siete casos restantes dentro de la adolescencia, repartidos entre los 14 y los 18 años de forma bastante uniforme.

En cuanto a las tentativas de suicidio: (Tabla III) en el grupo A comenzaban a recogerse a partir de los 13 años, habiendo un claro predominio a los 16 y 17, es decir en la segunda etapa de la adolescencia. En el grupo B, formado por pacientes estudiados diez años después, podemos comprobar como si bien sigue siendo importante el número de casos que se concentra en las edades antes referidas, existe un claro desplazamiento hacia edades más precoces, recogiendo ya un primer caso de tentativa a los 8 años (se trataba de un niño diagnosticado de «fobia escolar» que tras ser amenazado por el padre con reincorporarse a clase, se tomó varios comprimidos del antidepresivo tricíclico con el que estaba siendo tratado) y con un evidente incremento de los doce a los quince años, correspondientes a la pubertad y adolescencia inicial. Los resultados del tercer grupo que recogía datos de otros Centros hospitalarios de nuestra ciudad (Tabla IV) también son expresivos en este sentido, es decir, el número comienza a ser importante a partir de los 14 años.

Podríamos afirmar, pues, que la «edad de lanzamiento» de las conductas suicidas en la adolescencia tiende a adelantarse (Gráfica) situándose alrededor de los 12 años, lo que coincide con la práctica totalidad de los autores consultados.



Gráfica

Con respecto al sexo, es algo universalmente admitido que los varones se suicidan en un

TABLA IV
Edad
Grupo C

Años	Varones	Hembras	Total	%
10	2	1	3	2,25
—	—	—	—	—
13	—	5	5	3,75
14	3	7	10	7,51
15	5	19	24	18,04
16	5	22	27	20,30
17	10	19	29	21,80
18	13	22	35	26,31
Total	38	105	133	100,96

alto porcentaje en relación a las mujeres y que este fenómeno se invierte claramente si nos referimos a tentativas de suicidio.

Ya hemos visto anteriormente como de los 8 casos de suicidio consumado, registrados en Zaragoza durante los años 84 al 86, en edades por debajo de los 18 años, 7 eran varones y 1 hembra (lo que representa el 87% frente al 13%).

Si observamos las tentativas (Tabla II) en el grupo A tenemos el 78% de hembras frente al 22% de varones, porcentaje que todavía se distancia más en el grupo B (82,5% de hembras y 17,5% de varones). En el grupo C (Tabla V) la diferencia sigue siendo manifiesta (71,42% y 28,57% a favor de las hembras).

La conclusión más clara es que las tentativas de suicidio son abrumadoramente más frecuentes en las chicas, en nuestra casuística, al igual que en otras publicadas, con una proporción 3 a 1. Pensamos que el alto porcentaje femenino que opta por realizar la tentativa de suicidio estaría en relación con dos factores: — el incremento de «síndromes depresivos» que se diagnostican a estas edades sobre todo en las muchachas.

TABLA V
Sexo
Grupo C

	Total	%
Varones	38	28,57
Hembras	95	71,42
Total	133	99,99

TABLA VI
Fratría
Grupo B

	V	H	Total	%
Mayor	2	17	19	47
Entre varios	2	8	10	25
Menor	1	8	9	22
Hijo único	2	—	2	5
Total	7	33	50	100

TABLA VII
Escolaridad

	Grupo A		Grupo B	
Estudios primarios	21	42%	4	10%
E.G.B.	14	28%	13	32%
B.U.P.-C.O.U.	12	24%	17	35%
Formación profesional	1	2%	9	22%
Estudios superiores	2	4%	—	—
Total	50	100%	40	100%

TABLA VIII
Método utilizado

	Grupo A		Grupo B	
Ingestión fármacos				
— analgésicos	19	38%	11	27%
— psicofármacos	9	18%	9	22%
— varias clases	10	20%	9	22%
Cortes en muñecas	2	4%	2	5%
Intento ahorcamiento	—	—	3	7%
Inhalación de gas	1	2%	2	5%
Precipitación	3	6%	1	2%
Métodos combinados	6	12%	3	7%
Total	50	100%	40	100%

— las distintas posibilidades de descargar la agresividad que nuestra sociedad ofrece a los varones y a las hembras, pudiendo adoptar, los primeros, modos de comportamiento de agresividad manifiesta (afición a la velocidad y a las conductas de riesgo, delincuencia en pandillas, etc) que no encajan con el «rol femenino» asignado a la mujer en nuestro medio sociocultural.

2) MÉTODO UTILIZADO

Hay que señalar que las técnicas de ejecución del acto suicida difieren mucho en los suicidios consumados y en las tentativas.

Entre los medios más violentos y seguros para consumar el suicidio se hallan el ahorcamiento, la precipitación desde alturas y las armas de fuego. Esto coincide en los ocho casos recogidos por nosotros.

Ahora bien si nos referimos a las tentativas (Tabla VIII) comprobamos como, es la intoxicación medicamentosa el método más frecuente en un porcentaje muy elevado sobre el resto de métodos: en nuestros pacientes, supone el 76% y el 71% en ambos grupos. En el grupo C aumenta al 79.69% (Tabla IX).

Esta modalidad de intento de suicidio la destacan la mayoría de autores que han estudiado el problema: Ringel (7), Tuckman (4), Schachter (5), Duche (6), Feinstein (8), Ajuariaguerra (9), Soubrier (10), Gracia Marco (11), Cobo (2), etc.

Se han dado diversas explicaciones a la hora de justificar este incuestionable y alto porcentaje en los que se utiliza la ingestión de fármacos con fines suicidas. La diversidad de drogas (por otra parte potencialmente letales), la fácil accesibilidad del público a casi cualquier tipo de preparado farmacéutico, el consumo indiscriminado y cada vez más frecuente de sustancias medicamentosas por la población general, serían factores a tener en cuenta. Por otra parte, la intoxicación medicamentosa indudablemente introduce un elemento de ambigüedad en la intención suicida del que recurrir a ella, ya que a diferencia de otras conduc-

tas inequívocamente autodestructivas como el ahorcamiento, la precipitación o el disparo por arma de fuego, que como indica Cobo, son maniobras físicamente violentadoras del cuerpo, el suicidio con fármacos respeta la integridad corporal, conduce al sueño y a la regresión, por lo que se puede sospechar en él

TABLA IX
Método utilizado
Grupo C

	Total	%
Ingestión fármacos	106	79,69
Ingestión otras sustancias	4	3
Ingestión cuerpo extraño	4	3
Cortes en muñecas	15	11,27
Herida por arma de fuego	1	0,75
Inhalación de gas	1	0,75
Quemaduras	1	0,75
Métodos combinados	1	0,75
Total	133	99,96

un latente deseo de no morir, de ser salvado en el último momento.

Esta modalidad pues, implicaría (en muchos casos) cierta ausencia de letalidad, lo que correspondería a la ausencia de auténtico deseo de muerte.

Volviendo a los resultados de nuestra casuística, los fármacos más comunmente empleados en la tentativa han sido, por orden de frecuencia, los analgésicos, los psicofármacos (principalmente ansiolíticos y antidepresivos) y mezclas de diferentes sustancias medicamentosas.

En porcentajes mucho más inferiores siguen otros métodos como los «cortes en muñecas», el intento de ahorcamiento, la inhalación de gas y un número reducido en el que se han combinado dos o más métodos (casi siempre ingestión de fármacos y cortes en muñecas).

3) LUGAR DE LA TENTATIVA

En cuanto al lugar elegido para la realización del intento de suicidio, ha sido la propia

casa en la mayoría de los casos (Tabla X) siendo el porcentaje mucho más elevado en el grupo B, habiéndose reducido notablemente los casos que elegían la calle para llevar a cabo la tentativa. En un número importante se encontraba en el hogar algún miembro de la familia, generalmente uno de los padres.

Jacobziner investigando 299 tentativas de suicidio en sujetos menores de 20 años, encuentra que en el 30% de los casos el intento ha sido realizado en presencia de miembros de la familia, generalmente de la madre. De este

TABLA X
Lugar de la tentativa

	Grupo A		Grupo B	
Propia casa	29	58%	33	82%
Colegio	6	12%	4	10%
Calle	12	24%	2	5%
Bar	1	2%	1	2%
Casa de un amigo	2	4%	—	—
Total	50	100%	40	100%

grupo las tres cuartas partes eran muchachas por lo que, este autor, querría ver en este hecho un significado psicodinámico.

No obstante lo que sí nos parece sugerente, si revisamos nuestros porcentajes, es que existe una tendencia a realizar el acto suicida en el entorno que resulta especialmente conflictivo para el sujeto.

4) ÉPOCA DEL AÑO

En algunos trabajos sobre el suicidio se habla de una mayor incidencia de estas conductas en ciertos meses del año. En los suicidios consumados serían los meses cálidos en los que se darían más casos: en nuestro grupo esto ocurría en el 62,50% (Tabla XI). Sin embargo en cuanto a las tentativas, no observamos diferencias importantes (Tablas XII y XIII) ya que para esta época del año (de junio a septiembre) el porcentaje disminuye al 35,60%, en el grupo C y, si tenemos en cuenta, los datos del grupo B, el porcentaje baja más aún,

hasta solamente el 9%; siendo sin embargo en este grupo, mucho más numerosas las tentativas en los meses de invierno. Serrat (12) en un estudio sobre suicidios y tentativa de suicidio tampoco encuentra diferencias significativas en la distribución por meses y época del año.

5) PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES

Como resulta lógico, la mayoría de los casos nos son remitidos por el Servicio de urgencias (Tabla XIV) habiéndose incrementado el porcentaje en los últimos diez años (del 64% al 85%). No obstante pensamos que un número importante de conductas suicidas no reciben posterior atención psiquiátrica infantojuvenil, al no seguir los pacientes las indicaciones de los Servicios de urgencias en este sentido, por lo que para garantizar una mejor atención y seguimiento del niño o el adolescente suicida debería haber una mejor coordinación entre aquéllos y nuestras consultas.

6) MOTIVO DESENCADENANTE APARENTE

En cuanto al motivo desencadenante, la circunstancia, a veces aparentemente banal, que ha precipitado la conducta suicida podemos comprobar como los «problemas familiares», los «problemas escolares» y los «desengaños sentimentales» son los más frecuentes (Tabla XV).

La mala integración en la familia, la falta de comunicación, la sensación de aislamiento, cuando no una larga historia de conflictos, llevan al muchacho o a la muchacha a realizar un intento de suicidio tras una reprimenda o una discusión en un medio familiar que no satisface o que dificulta el necesario proceso de progresiva emancipación. Numerosos autores, Schachter (5), Otto (13), Remschmidt-Schwad (14), destacan los conflictos familiares como el desencadenante más frecuente de la tentativa de suicidio en la adolescencia.

TABLA XI
Mes en que se llevan a cabo suicidios consumados

Mes	N.º de casos	%
Febrero	1	12,5
Junio	1	12,5
Julio	1	12,5
Agosto	2	25
Septiembre	1	12,5
Diciembre	2	25
Total	8	100

TABLA XII
Mes en que se llevó a cabo la tentativa Grupo B

Mes	N.º de casos	%
Enero	7	17
Febrero	9	22
Marzo	8	20
Abril	2	5
Mayo	1	2
Junio	2	5
Julio	1	2
Agosto	1	2
Septiembre	—	—
Octubre	2	5
Noviembre	4	10
Diciembre	3	7
Total	40	100

TABLA XIII
Mes en que se lleva a cabo la tentativa Grupo C

Mes	N.º de casos	%
Enero	12	9,02
Febrero	11	8,27
Marzo	9	6,76
Abril	12	9,02
Mayo	10	7,51
Junio	14	10,52
Julio	9	6,76
Agosto	14	10,52
Septiembre	11	8,27
Octubre	8	6,01
Noviembre	10	7,51
Diciembre	13	9,77
Total	133	99,92

TABLA
Hora elegida para realizar la tentativa

	Grupo A		Grupo B	
Mañana	14	28%	13	32%
Tarde	36	72%	27	67%
Total	50	100%	40	100%

TABLA XIV
Procedencia de los pacientes

	Grupo A		Grupo B	
Servicio de Urgencias	32	65%	34	85%
U.C.I.	—	—	3	7%
Remitido por otro hospital	13	26%	—	—
Directamente a consulta ambulatoria	5	10%	3	7%
Total	50	100%	40	100%

TABLA XV
Motivo desencadenante aparente

	Grupo A		Grupo B	
Problemas familiares	32	64%	14	35%
Problemas escolares	5	10%	13*	32%
Desengaño sentimental	12	22%	8	20%
Discusión amigos	—	—	3	7%
Psicosis	—	—	2	5%
Violación	1	2%	—	—
Total	50	100%	40	100%

* 11 casos tras la entrega de unas malas notas

Si tenemos en cuenta que las tres cuartas partes de nuestra casuística son chicas y, si observamos la fratría (Tabla VI), prácticamente la mitad son primogénitos, podemos encontrarnos en muchos de estos casos con una adolescente intentando reivindicar nuevas actitudes y un trato distinto ante unos padres a los que también coge desprevenidos la nueva fase evolutiva por la que atraviesa el hijo o hija mayor.

Hay un dato que queremos subrayar, es el marcado incremento de los problemas escolares en el grupo B con respecto al A (el 32% frente al 10%), es decir tras un período de diez años. Una vez más hay que señalar como agen-

te perturbador a un sistema educativo excesivamente competitivo, con unas aulas masificadas o a unos padres ansiosos ante unas calificaciones escolares que a veces llegan a convertirse en el principal logro, o la máxima satisfacción que el hijo puede aportar. A este respecto diremos que de los 13 casos del grupo B en los que la escolaridad se relacionaba con el intento suicida, en 11 de ellos el desencadenante había sido la entrega en casa de unas malas notas o «decepcionantes» para la «expectativa» del niño o de la familia.

7) ACTITUD FRENTE A LA TENTATIVA

En las entrevistas posteriores a la tentativa preguntábamos a nuestros pacientes que juicio les merecía, como podían explicar aquella conducta o cual era su actitud actual hacia ella. Pues bien, como podemos ver (Tabla XVI), la mayoría de ellos (64% en el grupo A y 77% en el grupo B) hacían una clara

TABLA XVI
Actitud frente a la tentativa

	Grupo A		Grupo B	
Crítica o arrepentimiento	32	64%	31	77%
Indiferencia	11	22%	9	22%
Voluntad de reincidir	7	14%	—	—
Total	50	100%	40	100%

crítica o mostraban una actitud de arrepentimiento. Un 22% se mostraban indiferentes ante aquel hecho. Ya hemos dicho anteriormente que el intento de suicidio presenta claras diferencias con el suicidio consumado y frustrado.

Para Deschaies (15), el suicidio consiste en el acto de darse muerte de modo consciente, tomando la muerte como medio o como fin. El intento de suicidio sería aquella conducta autoagresiva que «manipula» con la idea de la muerte pero sin desear realmente morir. Rojas (16) insiste en la idea de la manipulación de la muerte como último recurso para inten-

tar llamar al entorno socio-familiar en demanda de ayuda. Para Ajuriaguerra (9) el intento de suicidio sería una llamada, una forma de manifestarse, siempre dirigida al otro.

8) TENTATIVAS ANTERIORES

En nuestra casuística (Tabla XVII) encontramos la existencia de tentativas previas a la actual en 16 casos del grupo A (32% del total) y en 4 casos del grupo B (10% del total). Es una proporción que tiende a disminuir en nuestra muestra y que si tenemos en cuenta el que los métodos más utilizados en tentativas anteriores fueron la intoxicación medicamentosa y los cortes superficiales en muñe-

TABLA XVII
Tentativas anteriores

Grupo A		Grupo B	
16	32%	4	10%

cas, se puede pensar en la intención no letal del paciente que utiliza medios poco arriesgados. Para Solomon (17) los cortes superficiales en las muñecas sería más bien un «gesto» suicida que un verdadero intento de suicidio.

Por otra parte coincidimos, con Gracia Marco (11), en que no encontramos relación entre la gravedad del intento actual y la existencia de tentativas anteriores. Este hecho nos indicaría que no podemos basarnos en la impresión clínica del grado de autolesión para valorar la mayor o menor intencionalidad del acto y las implicaciones psicopatológicas del individuo.

9) DEPRESIÓN Y CONDUCTA SUICIDA

En cuanto a la relación existente entre la depresión y las conductas suicidas infantojuveniles, aparece poco clara en los distintos trabajos realizados sobre este tema. No creemos que depresión y suicidio sean sinónimos aun-

que parece que de alguna forma las conductas suicidas aumentan a la par que se incrementa el diagnóstico de depresión en niños y adolescentes.

En nuestra consulta el diagnóstico de «reacción depresiva» ha sido el que más ha aumentado en los últimos años, hasta tal punto que en los pacientes de 16 a 18 años lo hicimos en el 35% de ellos, vistos a lo largo de 1986.

Esta alta incidencia, coincide con la experiencia clínica de otros autores; así por ejemplo: Morande (1) nos informa que en su consulta los diagnósticos de depresión en adolescentes han pasado de un 21% a un 33%. Ahora bien, las conductas suicidas no han aumentado de una forma tan acelerada por lo que habría que seguir profundizando en los nexos de unión entre ambos fenómenos.

Para Pfefer (26) más de un tercio de los suicidas presentaban depresión previa. Otto (13) encuentra cerca de un 40% de depresivos un mes antes del acto suicida. Kitamura (18), en Japón, encuentra y diagnostica depresión se-

TABLA XVIII

	Grupo A		Grupo B	
Tentativas en la familia	3	6%	2	5%
Suicidios en la familia	5	10%	—	—

TABLA XIX
Psicopatología
Grupo B

	N.º de casos	%
— Disminución del rendimiento y dificultades escolares	29	72
— Distimias, trastornos del humor	32	79
— Trastornos de conducta	14	35
— Retraimiento social	6	15
— Anorexia	6	15
— Insomnio	10	25
— Cefaleas	4	10
— Otros trast. psicósomáticos	2	5
— Psicosis	2	5
— Fobia escolar	1	2
— Anorexia nerviosa	2	5

vera solamente en un tercio de los adolescentes suicidarios que ha atendido. Standford (19), describiendo un grupo de 106 adolescentes suicidas los divide en dos subgrupos: por un lado los suicidas propiamente tales que están crónicamente deprimidos; por otro lado los que realizan «gestos suicidas» serían por oposición, quienes no desean morir, tienen motivos sentimentales y dificultades con los padres. Para Hawton (20) también la depresión estaría en la minoría de los casos. Rojas (16) señala que la tentativa es muy rara entre los depresivos, ellos no quieren «ser comprendidos» sino morir porque «no pueden más»; ellos no necesitan, en sentido estricto, del ambiente social que les rodea, ya que de antemano han roto la comunicación con el exterior.

Volviendo a nuestra casuística, los distintos síntomas que referían nuestros pacientes del grupo B en los 2-3 meses anteriores a la tentativa fueron (Tabla XIX):

- Los trastornos del humor en un alto porcentaje (79%).

- Entre los trastornos de la vida instintiva, el insomnio, estaba presente en una cuarta parte de los casos (25%).

- El síntoma psicósomático más frecuente eran las cefaleas (10%).

En cuanto a las dificultades escolares y la disminución del rendimiento escolar, que referían el 72% de los pacientes, abarcaba un período de tiempo mucho más allá de los 2-3 meses anteriores a la tentativa, generalmente ya presentes en el curso o cursos anteriores lo que habrá que valorarlo como una situación estresante que muchos de estos adolescentes arrastran en sus vidas y que pensamos, que algo tendrá que ver con el aumento de tentativas cuyo desencadenante han sido problemas relacionados con la escolaridad.

Dentro de los «trastornos del humor» (tristeza, apatía, sentimiento de soledad e infravaloración, llanto inmotivado, etc...) habrá que valorar su intensidad, persistencia y hasta que punto invaden toda la existencia del adolescente o sólo se limitan a aparecer en aquellas situaciones o ambientes que les resultan conflictivos.

De estos 40 pacientes hicimos el diagnóstico de depresión en 15 de ellos (lo que supone un 37,5%) instaurándose tratamiento con antidepresivos y obteniéndose una buena respuesta al mismo. Con respecto al grupo A, de 50 pacientes estudiados hace diez años, diremos que igualmente era elevada la frecuencia de trastornos distímicos (el 70% los presentaban), así como el insomnio y las cefaleas. En este grupo profundizamos más aún investigando el componente depresivo (3) y así por ejemplo: la puntuación media del índice de Zung era de 60,8 (situándose en lo subdepresivo más que en la verdadera depresión) y apenas se observan protocolos depresivos en los tests de manchas de tinta y las puntuaciones obtenidas en los ítems del cuestionario psicósomático de Cornell, correspondientes a las «modificaciones patológicas del humor», no eran de las más altas.

No obstante hay que tener en cuenta el hecho de que ha sido precisamente en el intervalo de tiempo que media entre los dos grupos estudiados cuando se ha producido el notable incremento de diagnósticos de «síndrome depresivo» en los pacientes adolescentes, como antes hemos reseñado. Aún así opinamos que en muchos casos de tentativas de suicidio en estas edades no existe un componente depresivo evidente, siendo los rasgos o síntomas depresivos que se observan en ellos característicos de «reacciones depresivas breves» o «distimias depresivas», coincidiendo con Kielholz cuando señala que éstas se producen con frecuencia en la adolescencia, más que verdaderas depresiones.

10) CONDUCTA SUICIDA Y AMBIENTE FAMILIAR

En los casos en los que se produce un comportamiento autoagresivo llegando al suicidio consumado o quedándose en el intento, dentro de las edades que nos ocupan, siempre habrá que preguntarse «cómo es y qué ocurre» en la familia del niño y del adolescente suicida.

Todos los autores que acometen el estudio de este problema coinciden en apuntar al medio familiar como un factor de primer orden, y así las diferentes estadísticas dan cuenta de que en la mayoría de las conductas suicidas infantojuveniles existe un ambiente familiar desorganizado, disfuncional, roto y con una prevalencia importante de trastornos psiquiátricos.

Para Davidson (21) más del 60 por ciento de los adolescentes suicidas se encuentran, sobre todo, ante un cúmulo de dificultades familiares. Kenneth observó una mayor frecuencia de ideas de suicidio y de tentativas de suicidio en los adolescentes que habían sufrido la pérdida de padres. Stober (22), en un estudio de jóvenes suicidas de 14 a 16 años, encuentra que un tercio de ellos vivían sin su madre y la mitad sin el padre. Garfinkel (23) observa, en las familias de suicidas de 6 a 21 años, un mayor uso de sustancias tóxicas, antecedentes psiquiátricos, suicidios en la familia y ausencia del padre o de la madre.

Entre nosotros, Morande y Carrera (1) comparando un grupo suicida con una muestra de la consulta externa de adolescentes, señalan que en los primeros hay un 25% de familias incompletas comparadas con el 18% del grupo control. La disfuncionalidad familiar manifiesta estimada por estos autores es de un 38% comparada con el 23% del grupo no suicidario. Haim profundiza en el concepto de «ausencia paterna» extendiéndolo desde la «ausencia física» a la «ausencia psicológica». En esta línea Sutter relaciona las conductas suicidas con el «síndrome de carencia de autoridad», síndrome que acarrearía una discontinuidad en la personalidad y en la conducta, unas relaciones interpersonales precarias y una tendencia a considerar el suicidio como la solución más fácil ante cualquier tipo de dificultades. No obstante, en este punto, nos parece oportuno recordar que el autoritarismo intermitente o permanente es tan perjudicial como la ausencia de autoridad.

En relación con este tema nuestros resultados, han sido los siguientes:

TABLA XX
Carencias afectivas
Grupo B

	N.º de casos	%
— Padres separados	4	10
— Enfermedad mental de uno de los padres		
alcoholismo	5	12
psicopatía	4	10
depresión	5	12
— Madre soltera en medio carencial	1	2
Total casos	19	47,5% del total

En el grupo B de pacientes (Tabla XX) nos encontramos con que en prácticamente la mitad de los casos (47,5% del total) había un desajuste importante del medio familiar, fundamentalmente por separación o enfermedad mental de uno de los padres, recogiendo en esta segunda causa, casos de alcoholismo, psicopatía grave y depresión endógena, en la misma proporción.

Por otra parte, hay que señalar que este porcentaje de familias deterioradas que han podido suponer para nuestros pacientes carencias afectivas importantes es sensiblemente superior al del grupo A, estudiado hace diez años (Tabla XXI).

TABLA XXI
Carencias afectivas

	N.º de casos	% del total
Grupo A	16	32
Grupo B	19	47,5

No ha sido relevante, sin embargo, el número de casos con antecedentes de suicidios consumados o intentos de suicidio en la familia, ya que (Tabla XVIII) estos han supuesto un 6% y un 5% en cuanto a las tentativas familiares en los respectivos grupos y 10% en cuan-

to a los suicidios consumados de algún familiar próximo en el grupo A, no encontrando ningún caso de este tipo en el B.

De todas estas aportaciones referentes al medio familiar del suicida creemos que hay dos aspectos a retener: uno la frecuencia de una alteración en este medio y otro que como dice Ajuriaguerra (9) el problema no está en función solamente de lo que aporta el entorno, sino también de como el niño, en pleno proceso evolutivo, vive esa influencia.

McKenry (24) asegura que los jóvenes suicidas tienen una visión negativa de sus padres, que el tiempo que comparten con ellos es poco agradable, que como pareja sus padres son de los peor que han visto, que no están interesados en ellos y que, prácticamente, sólo les preocupan los resultados escolares.

Esto coincide con nuestros resultados ya que (Tabla XXII) para un alto porcentaje de pacientes, tanto en el grupo A como en el B, las relaciones entre sus padres eran «malas» o «muy malas» (54% y 60% en ambos grupos respectivamente). Este dato queda toda

resultar; pues bien (ver Tabla XXIII) se observa que en el grupo A en un 82% de pacientes, la adaptación familiar era «no satisfactoria» o «mala», mientras que en el grupo B, más recientemente estudiado, este porcentaje sube al 92%, haciéndolo claramente a costa del rango más extremo, es decir, de la adaptación familiar «mala». En el primer grupo de pacientes pudimos hacer un estudio más pormenorizado (3) de los ítems del cuestionario, en cuanto a la adaptación familiar, que registraban puntuaciones más altas. Entre estos ítems, más significativos, se encontraban los siguientes:

— 134a ¿Tienes la impresión de que tus padres no te comprenden bien?

— 9a ¿Tienes algunas veces la impresión de que has sido una decepción para tus padres?

— 21a ¿Te parece a tí que en tu casa debería existir un poco más de comprensión y afecto?

— 138a ¿Tienes la impresión de que la mayor parte de tus amigos disfrutan de un hogar más feliz que el tuyo?

De todas estas apreciaciones llegamos a una conclusión común con Peck y Litman (25), cuando afirman que los dos tercios de los adolescentes suicidas, estudiados por ellos, no estaban en buenas relaciones con sus familias y que casi el noventa por ciento, pensaban que sus familias no les comprendían, siendo, para estos autores, este hecho de no ser comprendido o apreciado por su familia, la causa más común de infelicidad en la vida del adolescente.

Y es que, al llegar a esta etapa de la vida, el muchacho o la muchacha desean más autonomía y libertad, buscan su intimidad y su grupo de iguales. Pero también necesitan que les rodee y les apoye una estructura familiar «normal», en la que han ido adquiriendo la seguridad emocional básica, imprescindible para culminar con éxito el proceso de emancipación.

En los niños que han crecido en un ambiente familiar desorganizado o con una deficiente comunicación, esta etapa adolescente acentúa los problemas. Los padres se hacen más coléricos y restrictivos, se inmiscuyen en su intimidad y los castigan y controlan de diversas for-

TABLA XXII
Relaciones interparentales

	Grupo A	Grupo B
Buenas	46%	40%
Malas	42%	40%
Muy malas	12%	20%

TABLA XXIII
Adaptación familiar
(Cuestionario de H.M. Bell)

Rango	Grupo A	Grupo B
Excelente	2%	—
Buena	8%	2%
Normal	8%	6%
No satisfactoria	36%	27%
Mala	46%	65%

vía más acentuado si observamos los resultados del cuestionario de adaptación de adolescentes de Bell, de las que solamente hemos traído aquí los referentes a la «adaptación familiar» por lo que de demostrativos puedan

mas, pero sin ningún resultado. Estos adolescentes se vuelven más solitarios, y tienden a considerarse aislados y alienados. Así, mientras sus padres se confiesan impotentes ante el problema ellos se sienten incomprendidos y manifiestan que no hay forma de llegar a un acuerdo con sus familias.

Bibliografía

- MORANDE, G.: *Aportaciones de la epidemiología en la comprensión, prevención y abordaje terapéutico del suicidio infantil y juvenil*. JANO vol. XXIX n.º 666 págs. 1.848-1.857, 1985.
- COBO, C.: *El suicidio infantil en España*. El Médico págs. 57-67, 25-1-1985.
- VELILLA PICAZO, J.M.: *La tentativa de suicidio en la adolescencia*. Tesis Doctoral. Facultad de Medicina. Zaragoza. 1979.
- TUCKMAN, J.: *Attempted suicide in adolescents*. Anuer. J.D. Psy. n.º 119 págs. 228-232, 1962.
- SCHACHTER, M.: *Tentative e comportamenti di suicidio fra i minori*. Estrato da «Cuaderni di criminología clínica» n.º 2, 1963.
- DUCHE, D.J.: *Suicides et tentatives de suicide de l'enfant*. Acta Paedopsychiat, vol. 43, págs. 209-211, 1978.
- RINGEL, E.: *Aspectos de la depresión*. Ed. Malcolun Lader cap. 9, pág. 81, 1973.
- FEINSTEIN, S.: *Psicopatología y Psiquiatría del adolescente*. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1973.
- AJUARIAGUERRA, J.: *Manual de Psiquiatría Infantil*. Ed. Toray-Masson. Barcelona, 1973.
- SOUBRIER, J.P. y JACOBZINER, D.: *A propos de la dépression du jeune*. Revue de Neuropsychiat. Infant. vol. n.º6, págs. 305-308, 1976.
- GRACIA MARCO, R.: *Aportaciones al estudio de la personalidad en la conducta suicida*. Tesis Doctoral. Facultad de medicina. La Laguna, 1976.
- SERRAT MORE, D.: *Estudio del suicidio consumado y la tentativa de suicidio en Zaragoza en 1984*.
- OTTO, V.: *Suicidad acts by children and adolescents*. Acta Psychiat. Scandinav. Supplementum, 233. 1972.
- REMSCHMIDT, H. y SCHWAB, J.: *Suizidversuche im Kindes un jugendalter*. Acta Paedopsychiat. vol. 43, págs. 197-208, 1978.
- DESCHAIRES, G.: Citado por Alonso Fernández en «Fundamentos de la Psiquiatría actual». Ed. Paz Montalvo, pág. 456, 1972.
- ROJAS, E.: *Estudios sobre el suicidio*. Ed. Salvat, Barcelona. 1978.
- SOLOMON, P.: *Manual de Psiquiatría*. Ed. Manual moderno, México. 1972.
- KITAMURA, A.: *Suicidad attempsts of depressed adolescents*. Jap. Child. Adolesc. Psychiatry. vol. 32, págs. 300-315, 1982.
- STANDFORD, P.D.: *An analysis of drug-related admissions on an adolescent service*. J. Adolesc. Health, Care vol. 3, págs. 114-119, 1982.
- HAWTON, K.: *Attempted suicide in childrens and adolescents*. J. Child Psychol. Psychiatry. vol. 23, pág. 497-503, 1982.
- DAVIDSON, F.: *Apport de l'epidemiologie a la comprehension et la prevention du suicide de l'adolescent*. Re. Neuropsychiat. Infantile, vol. 12, págs. 683-691, 1978.
- STOBER, B.: *Suizidale verhaltensweisen und dere familiare bedingungen bei schulern*. Acta Paedopsychiat. vol. 48, págs. 239-248, 1982.
- GARFINKEL, B.A.: *Suicide attempts in children and adolescents*. Am. Y. Psychiat. vol. 139, págs. 1.257-1.261, 1982.
- McKENRY, P.C.: *Adolescent suicide: A comparison of attempters and nonattempters in an emergency room population*. Clin. Pediatr. vol. 21, págs. 266-270, 1982.
- PECK, M.L. y LITMAN, R.E.: *El suicidio en la juventud: tendencias actuales*. Trib. Med. Febrero 1974.
- PFEEFER, C.R.: *Suicidad behavior as ni latency age children*. Y. Am. Acd. Child, Psychiatry. vol. 19, págs. 703-710, 1980.