

# EL SUICIDIO EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

M.<sup>a</sup> Carmen Benedito Monleón\*

## RESUMEN

El presente trabajo analiza el suicidio en la infancia y adolescencia. Se ofrece información sobre las características sociodemográficas más frecuentes en los jóvenes suicidas, así como sobre los factores personales, familiares, sociales y psicopatológicos presentes en esta población. Por último, se revisa el concepto de muerte y la ideación suicida en niños y adolescentes.

## PALABRAS CLAVE

Suicidio, niños, adolescentes.

## ABSTRACT

This paper analyses the suicide in childhood and adolescence. It offers information about the sociodemographic characteristics in young suicidal, and about the personal, familiar, social and psychopathological factors of this population. Finally, the concept of death and the suicidal ideation in children and adolescents are revised.

## KEY WORDS

Suicide, Children, Adolescents.

## INTRODUCCIÓN

En la literatura inglesa aparecen una gran variedad de términos para definir la tentativa de suicidio: "suicidal gesture, pseudosuicide, sub-intentional suicide, parasuicide". Una diversidad tan grande de términos se justifica por la dificultad para establecer en el suicida el grado de intención de morir. La OMS (1968) propuso la definición siguiente: "El acto de suicidarse es un atentado contra la propia vida, con un grado variable en cuanto a la intención de morir; el suicidio es un acto suicida con un resultado fatal". Dentro de las definiciones "comportamientos suicidas" o "conductas suicidas" se incluyen tanto los suicidios como las tentativas de suicidio.

Pueden distinguirse dos tipos de suicidas según se dé o no la existencia de precedentes tentativas:

1. Suicidas que no tienen ningún antecedente de suicidio. Se trata, en general, de personas de avanzada edad, profundamente deprimidas, que viven en condiciones de aislamiento social, pertenecientes a clases sociales altas y que han sido objeto de tratamientos psiquiátricos.

2. Aquellos suicidas en los que, por el contrario, es posible determinar antecedentes de suicidio. Se trata, con frecuencia, de jóvenes que presentan trastornos neuróticos y psicopáticos, acompañados de toxicomanía y signos de inadaptación social. Es de este segundo tipo de suicidas de los que se ocupará el presente trabajo.

Nuestros mitos culturales niegan que antes de la adolescencia los niños muestren intereses y actividades sexuales, que puedan sufrir depresiones o que a veces tengan comportamientos o tendencias homicidas; también nos ha costado aceptar que los niños pequeños tengan ideas suicidas y que actúen siguiendo pensamientos o impulsos de este tipo.

Sin embargo, el suicidio y homicidio son actualmente la segunda causa de muerte, después de los accidentes, en adolescentes (Hodgman, 1992), e incluso la tasa de suicidios entre los 15 y 19 años se ha triplicado durante las décadas de 1960 y 1980 (Shaffer y Fisher, 1981). Más recientemente, las estadísticas indican que entre los 15 y 24 años de edad el número de suicidios se ha incrementado de forma dramática, resultando en más de 5.000 muertes anuales (American Academy of Pediatrics, 1988).

\* Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Facultad de Psicología. Avda. Blasco Ibáñez, 21 46010 Valencia

Si bien el impulso suicida no es raro en niños prepúberes, los casos de suicidio consumado son pocos. La mayoría de los investigadores coinciden en que el incremento en los índices de suicidio no se manifiesta en la población de 10 a 14 años de edad, sino únicamente en la de 15 a 19 años (Shaffer y Fisher, 1981). Es posible que los niños prepúberes y los adolescentes más jóvenes estén protegidos contra el suicidio por su propia inmadurez cognoscitiva que les impide planificar y realizar el intento de suicidio.

En cuanto a los sexos, el índice de suicidio es mucho más elevado en varones que en niñas, posiblemente porque los primeros tienden a recurrir a métodos más violentos e irreversibles (Shaffer y Fisher, 1981).

Con respecto a la raza, se encuentra mayor frecuencia de suicidios en los individuos de raza blanca que en los de raza negra, aunque en los últimos años se observa un aumento pronunciado en jóvenes negros. En las zonas del nordeste y medioeste de Estados Unidos, la tasa de suicidio de una y otra raza se aproximan (Shaffer y Fisher, 1981).

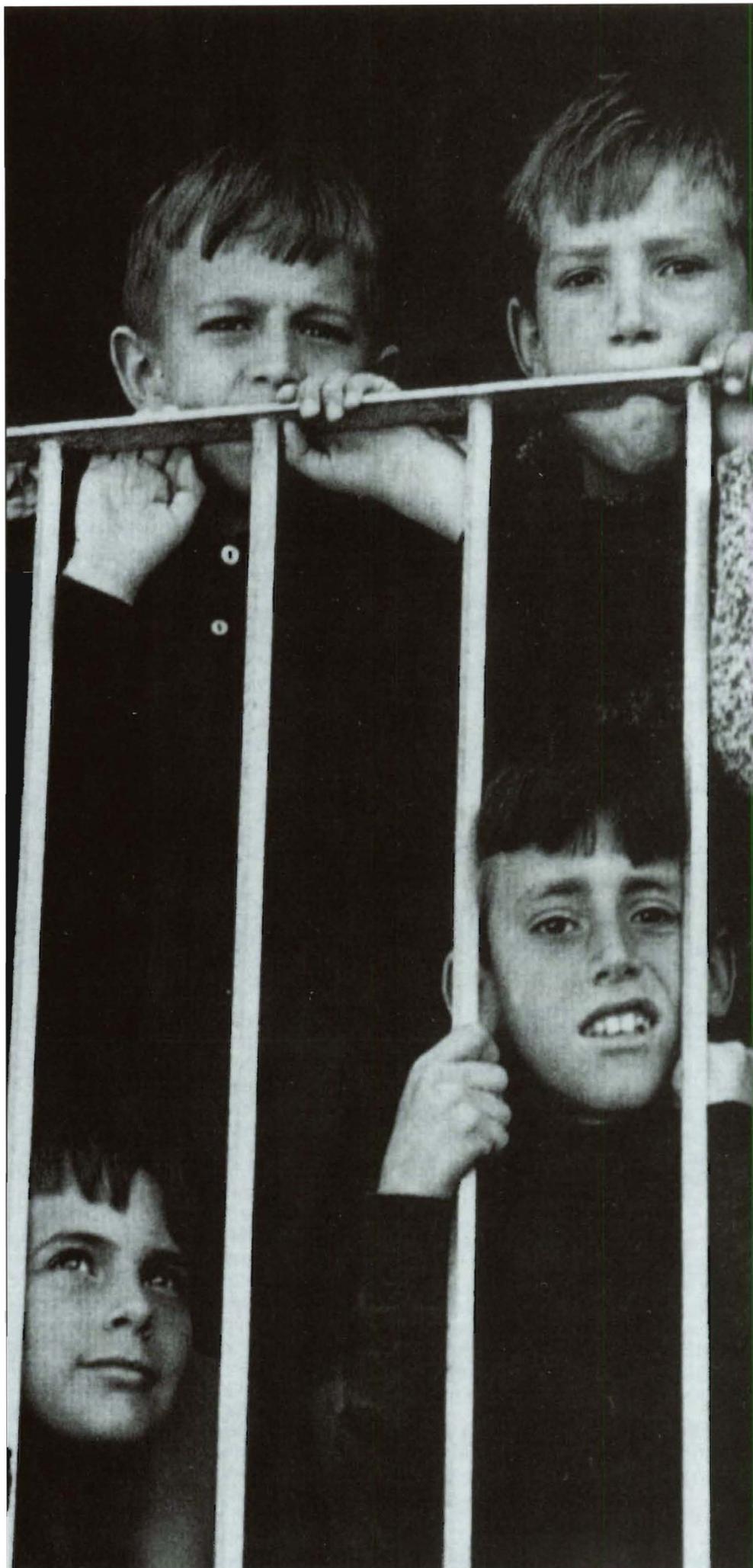
En Estados Unidos el método más frecuente de suicidio en adolescentes de ambos sexos son las armas de fuego, seguidas por el ahorcamiento, el salto al vacío, la intoxicación con monóxido de carbono y el envenenamiento (Shaffer y Fisher, 1981).

Los factores precipitantes más habituales son problemas disciplinarios y legales que hacen crisis, pérdidas personales, conflictos interpersonales, contactos con suicidas y la acumulación de circunstancias existenciales que provocan tensión (Brent y cols., 1988; Shafii y cols., 1985; Shaffer, 1974).

Los jóvenes víctimas de suicidio están frecuentemente alcoholizados en el momento de la muerte. Muchos dan muestras de una firme determinación (fuerte deseo de morir al elegir para el suicidio un momento en que no pueden ser descubiertos, planeándolo por anticipado, dejando una nota, adoptando un método irreversible y manifestando la decisión de morir con anterioridad a la concreción del suicidio (Brent y cols., 1988; Shafii y cols., 1985; Shaffer, 1974).

#### **CARACTERISTICAS FAMILIARES, PERSONALES Y SOCIALES**

Las familias de los suicidas parecen tener altas tasas de desórdenes psiquiátricos, particularmente trastornos



afectivos y maníaco-depresivos, comportamientos antisociales, intentos de suicidio y suicidio (Brent y cols., 1988). Shaffer, (1974) destacó el alto porcentaje de divorcio en los padres de jóvenes suicidas. En éstos, se observó mayor incidencia de abandono y maltrato parental que en los controles C. Shafii y cols., 1985). Probablemente estas asociaciones se relacionan de manera global con el mayor riesgo de perturbaciones psiquiátricas que ulteriormente predisponen al suicidio, y pueden ser consecuencia de los altos índices de trastornos psiquiátricos registrados en los padres de jóvenes suicidas.

Marcelli y Braconnier (1986) destacan la alta incidencia de conflictos familiares, en especial de separaciones (en un 30% frente a un 6% de la población general).

Por su parte, Pfeffer (1986), clasifica los elementos que caracterizan la organización familiar de los suicidas en:

1. Insuficiente individualización de los padres respecto a su familia de origen.
2. Relaciones severas e inflexibles entre la pareja de los padres.
3. Dinámica familiar con fuerte tendencia a la proyección masiva de los sentimientos en un miembro.
4. Relación simbiótica de uno de los padres con el hijo, en especial de la madre.
5. La familia está caracterizada por un sistema familiar inflexible dentro del cual los cambios producen intensa ansiedad.

Jacobs (1971) identificó en los padres de los suicidas hábitos de críticas, gritos, riñas y negación de la aprobación y afecto en una proporción doble a la que encontró en un grupo control. Este autor describió a los adolescentes que intentan suicidarse como sujetos tristes, silenciosos, retraídos, desertores del hogar, con relaciones problemáticas con sus padres, dificultades de comunicación, problemas para obtener apoyo emocional y confiar en los demás, fracaso en las técnicas de adaptación, aislamiento en las relaciones sociales, fracasos o rechazos en las semanas o días que preceden al intento de suicidio y percepción de que no es posible la resolución de su situación emocional.

Los niños y adolescentes predisuestos a las conductas suicidas no muestran un cuadro clínico determinado. Es bastante frecuente la depresión, pero también lo son la ira, los celos, la sensación de rechazo y la soledad, que pueden contribuir a la

aparición de ideas y conductas suicidas con el propósito de reducir el intenso estrés. Estas tendencias o conductas van dirigidas contra el entorno o contra uno mismo. A menudo pretenden hacer reaccionar a los que le rodean forzándoles su atención, intentando obtener pruebas de amor y preocupación de los padres o provocándoles sentimientos de culpa, remordimiento o pesar.

Según Hodgman (1992), en los suicidios juveniles hay un denominador común: la pérdida de la autoestima. Los casos de suicidio suelen ocurrir después de: discusiones con los padres, pérdida del afecto de alguna persona significativa, abuso físico o sexual, asalto, victimización, encarcelación por algún acto de delincuencia, fracaso escolar, huida del hogar, o ingesta de drogas.

Otras cuestiones planteadas en la literatura han sido el contacto con el suicidio y la publicidad dada al tema como factores precipitantes del suicidio. De hecho, se han comunicado brotes de suicidio y comportamientos suicidas que superan la frecuencia esperada en diversas comunidades (acumulación de suicidios) (Shafii y cols., 1985). Se comprobó además que la publicidad sobre el tema mediante noticias en prensa, televisión o documentales dramáticos va seguida por un aumento de la tasa de suicidios (Gould, Shaffer, 1986; Phillips, Carlstensen, 1986). Así, pues, puede ser importante la familiaridad que el niño tenga con las ideas y la experiencia de suicidio. Los modelos que el niño puede captar convierten, en algunos casos, al suicidio en la solución a la tensión intolerable, los conflictos, la pérdida de la autoestima, o la hostilidad extrema.

Por último, la repetición de las tentativas de suicidio se debe, fundamentalmente, a la incapacidad del adolescente para cambiar su situación o para responder a los cambios del entorno. Los factores de riesgo más importantes en la repetición de las tentativas son: la firme determinación suicida, la depresión grave, las alteraciones del pensamiento, el deterioro de la situación familiar, la carencia de tratamiento psiquiátrico previo, diversas psicopatologías y disponibilidad de armas de fuego en el hogar (Brent y cols., 1988). Otto (1972) encontró que el período de mayor riesgo era el de los dos primeros años siguientes al intento inicial y que las características de los más expuestos a consumir el suicidio fueron: sexo masculino, ausencia de un factor precipitante, firme determinación suicida, elección de un método activo (salto al vacío, ahorcamiento) y no pasivo (ingesta de sobredosis) y trastornos maníaco-depresivos y psicóticos.

## PSICOPATOLOGIA

La mayoría de los adolescentes muertos por suicidio parecen padecer al menos un trastorno psiquiátrico grave. Tanto los síntomas afectivos como los comportamientos antisociales participan, a menudo de manera concurrente, en el desencadenamiento del suicidio de adolescentes. Las entrevistas con los familiares y amigos de las víctimas indican que entre el 63% y el 76% de éstas padecían desórdenes afectivos. Más de un quinto de las víctimas presentaban trastornos maníaco-depresivos. Alrededor de un tercio de los suicidas tenían dificultades relacionadas con el uso indebido de drogas, asociadas a menudo con desórdenes afectivos. Por lo menos la mitad había realizado intentos y amenazas de suicidio previos. Una minoría significativa había presentado trastornos de conducta en la escuela, comportamientos antisociales y problemas de personalidad como inhibición, perfeccionismo e impulsividad. Sólo una minoría de víctimas (30 a 45%) habían sido derivados a profesionales de salud mental (Brent y cols., 1988; Shafii y cols., 1985, Shafer, 1974).

Sin embargo, Marcelli y Braconier (1986) señalan respecto a este tema que en la mayoría de casos no se aporta ningún diagnóstico psiquiátrico. Queda un 75-80% de adolescentes suicidas que no entran en un cuadro nosográfico definido. Según estos autores, lo importante en estos casos sería definir los aspectos del funcionamiento psíquico más característicos, independientemente del diagnóstico, o además de él.

Al margen de la información discordante que aporta este último estudio, lo que parece innegable es que el intento de suicidio, por leve que sea y aunque el riesgo en que haya puesto su vida el adolescente sea mínimo, debe considerarse como muestra de una alteración y signo de una necesidad urgente de ayuda psicológica.

La depresión y el suicidio a menudo se han considerado como un binomio inseparable; sin embargo, actualmente se sabe que son aspectos que pueden estar bien diferenciados. La mayoría de niños deprimidos no son suicidas, mientras que muchos comportamientos suicidas ocurren en jóvenes que no tienen depresión (Hodgman, 1992). Parece que la depresión contribuye al intento de suicidio pero no tiene un papel constante, y no es condición ni necesaria ni suficiente para ello.

Aunque la mayoría de suicidios pueden ser atribuidos a la psicopatología de la depresión, muchos de los casos se deben a que los adolescentes se dejan llevar por sus impulsos y su tendencia a la violencia (Hodgman, 1992).



El suicidio o la tentativa puede estar presente en cualquier enfermedad mental; sin embargo, en el curso de la enfermedad depresiva es siempre necesario evaluar cuidadosamente el riesgo de suicidio. Se calcula que de un 30 a un 35% de los suicidios se hallan afectados por estados depresivos (Garzotto y cols., 1977). Aun cuando el número de depresivos que atentan contra su propia vida sea limitado, puede afirmarse que el pensamiento de muerte es casi constante en todos aquellos en los que la depresión es

profunda. El suicidio constituye una salida posible en la evolución de un síndrome depresivo. Además, ciertas características clínicas y psicopatológicas de los síndromes depresivos van acompañadas de un elevado riesgo de suicidio. La ansiedad de las depresiones agitadas, la lentificación ideomotriz en las formas de inhibición, el estado confusional en las formas involutivas, y, por último, los delirios en las formas hipocondríaca y paranoides, pueden desencadenar fácilmente la conducta suicida en el depresivo.

#### CONCEPTO DE MUERTE E IDEACION SUICIDA

Al abordar el tema del suicidio infantil cabe preguntarse en qué momento los niños tienen información acerca del suicidio y cuándo toman conciencia de la relación entre suicidio y muerte.

Carlson y cols. (1987) realizaron un interesante estudio sobre este tema. Analizaron niños de 8 a 13 años, normales y en tratamiento psiquiátrico. Al preguntarles "¿cómo mueren las personas?" en todas las edades, la mitad

de los niños hablaban de métodos naturales y violentos. Sin embargo, los menores de 10 años siempre entendían por métodos violentos el asesinato, mientras que el 38% de los mayores incluían el suicidio. La mayoría de estos niños y adolescentes habían tenido conocimiento de algún acto suicida consumado o no. Casi el 20% mediante la televisión, mientras que el 15% había tenido una experiencia cercana. Al interrogarles sobre los métodos para suicidarse, los menores de 10 años mayoritariamente respondían "no lo sé". Además, entre los varones, las respuestas variaban con la edad, los menores mencionaban "dispararse un tiro o clavarse un cuchillo", mientras que los mayores hablaban de sobredosis de fármacos o cortarse las venas. Cuando se les consultó sobre las razones del suicidio, en todas las edades predominaron los motivos internos o subjetivos sobre los externos, aunque los pequeños tenían muchas más dificultades para encontrar razón alguna que los de mayor edad.

En resumen, los niños en contraposición con los adolescentes, aun cuando ya tengan conocimiento del hecho suicida, parecen menos propensos a considerar la muerte como un procedimiento para resolver problemas y son menos realistas sobre cómo llevarlo a cabo.

El trabajo de Koocher (1973) arrojó conclusiones similares. Encontró que los niños en el período preoperatorio daban explicaciones poco realistas y egocéntricas de lo que ocurre cuando uno muere y no podían comprender el concepto de su propia muerte. Los de más edad, niños que tenían la noción de reversibilidad, podían entender el carácter definitivo de la muerte, pero sólo los niños más desarrollados cognitivamente podían realmente concebir su propia muerte como definitiva e irreversible.

Llegados a este punto, cabe plantearse si el pensamiento de los niños suicidas tiene semejanzas con el de los suicidas adultos. En el suicida adulto se da un pensamiento inflexible, parece estar falto de pensamiento divergente, tiene dificultades para percibir aspectos nuevos o inusuales en una situación dada y sus cogniciones implican un pensamiento dicotómico "todo o nada, blanco o negro".

Existen estudios que indican que el pensamiento del niño suicida también participa de esta inflexibilidad cognitiva. Orbach, Rosenheim y Havy (1987) investigaron sobre un grupo de 27 niños suicidas, los compararon con un grupo de niños enfermos crónicos y un grupo de niños normales. Encontraron que los niños suicidas tienden a no ser capaces de elaborar actitudes alternativas ante la vida y la muerte. Además, esta incapacidad se relaciona con el carácter atractivo que perciben en la muerte. Se

producía una estrecha interacción entre el estrés, estado de ánimo, actitud ante la muerte y distorsiones cognitivas, incluyendo en éstas las referentes al concepto de muerte y estilo cognitivo inflexible.

Un aspecto fundamental en el tema que nos ocupa es la ideación suicida. Las ideas o pensamientos suicidas son aún más comunes que los comportamientos suicidas. Las ideas suicidas pueden ser inespecíficas ("la vida no vale la pena de ser vivida, ojalá estuviera muerto") o específicas (pensamientos que reflejan la clara intención de morir o un plan para consumir el suicidio). Según estudios realizados en diferentes localidades, entre el 12% y el 25% de estudiantes primarios y secundarios tiene algún tipo de pensamiento suicida. Además, se postula una correlación entre la gravedad de la ideación suicida y la profundidad de los síntomas depresivos, la desesperanza y experiencias recientes de severo maltrato físico (Hibbard y col., 1988).

Por otra parte, teniendo en cuenta la semejanza del cuadro clínico de jóvenes con ideas suicidas definidas y de aquellos que efectivamente consuman el intento, se infiere que los primeros deben ser considerados en alto riesgo de trasladar a la acción sus pensamientos suicidas. (Brent y cols., 1988).

En resumen, hemos contemplado como resulta cada vez más frecuente encontrar la dramática situación de un niño o adolescente que se siente incapaz de hacer frente a su propia existencia, impotente para modificar sus situaciones vitales y para encontrar una mejor forma de vivir. Necesita escapar de este escenario y encuentra una puerta: "acabar" el problema y cortar con él, eliminándose a sí mismo, como contenedor del problema. A lo largo de estas páginas hemos sido también testigos de que el suicidio en la infancia y adolescencia es un hecho sumamente complejo con implicaciones situacionales, evolutivas, cognitivas, emocionales, conductuales y psicosociales. No podía ser de otro modo.

## BIBLIOGRAFIA

BRENT, D.A.; Perper, J.A.; Goldstein, C.E. (1988): "Risk factors for adolescent suicide: A comparison of adolescent suicide victims with suicidal inpatients". *Archives of General Psychiatry*, 45, 581-588.

CARLSON, G.A.; ASARNOW, J.R.; ORBACH, I. (1987): "Development aspects of suicidal behavior in children: I". *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2, 186-192.

GARZOTTO, N.; BUGLAS, D.; HOLDING, T.A.; KREITMAN, N. (1977): "Aspects of suicide and parasuicide". *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 56, 204-214.

GOULD, M.S.; SHAFFER, D. (1986): "The impact of suicide in television movies: Evidence of imitation". *New England Journal of Medicine*, 315, 690-694.

HIBBARD, R.A.; BRACK, C.J., RAUCH, S. (1988): "Abuse, feelings, and health behaviors in a student population". *American Journal of Diseases of Children*, 142, 326-330.

HODGMAN, C.H. (1922): "Child and Adolescent depression and suicide". En D.E. GREYDANUS y M.L. WOLRIACH (Eds.) *Behavioral Pediatrics*, New York: Springer-Verlag.

JACOBS, J. (1971): *Adolescent Suicide*. New York: Willey.

KOOCHER, G.P. (1973): "Childhood, death and cognitive development". *Development Psychobiology*, 9, 369-375.

MARCELLI, D.; BRACONNIER, A. (1986) *Manual de psicopatología del adolescente*. Barcelona: Masson.

ORBACH, I.; ROSENHEIM, E.; HAVY, E. (1987): "Some aspects of suicidal functioning in suicidal children". *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2, 181-185.

OTTO, V. (1972): "Suicidal acts by children and adolescents: A follow up study". *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 233 (suppl.).

PFEFFER, C. (1986): *The suicidal child*. London: Guildford Press.

PHILLIPS, D.P.; CARSTENSEN, L.L. (1986): "Clustering of teenage suicides after television news stories about suicide". *New England Journal of Medicine*, 315, 685-689.

SHAFFER, D. FISHER, P. (1981): "The epidemiology of suicide in children and young adolescents". *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 20, 545-565.

SHAFFER, D. (1974): "Suicide in childhood and early adolescence". *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 15, 275-291.

SHAFFI, M.; CARRIGEN, S.; WHITTINGHILL, J.R. (1985): "Psychological autopsy of completed suicide in children and adolescents". *American Journal of Psychiatry*, 142, 1.061-1.064.