

# Intentos de suicidio en la infancia

J.L. Jiménez\*; A.B. Yoller\*\*; M. Sastre\*\*\*  
Vizcaya

## RESUMEN:

El trabajo aporta datos sobre los intentos de suicidio en la población infanto-juvenil de entre los 8 y 15 años.

Se recogen registros sobre diversas variables demográficas y clínicas.

Parece consolidarse la tendencia de aumentar la conducta autolítica conforme avanza la edad. Según los autores, explican tal fenómeno por la baja incidencia del síndrome depresivo en las edades infantiles.

Asimismo, se especula sobre factores protectores como la protección del ambiente familiar, escolar y el nivel de desarrollo cognitivo.

También se aborda el problema del modelaje en la conducta suicida, y las consecuencias de los déficit de patrones referenciales.

**Palabras clave:** Suicidio infantil. Epidemiología Suicidio.

## INTRODUCCIÓN

En 1986 el Dr. Carlos Cobo Medina publicó una serie de datos sobre las estadísticas suicidas de niños españoles que, además de llamar sobremanera la atención, explican el camino seguido hasta que la depresión infantil se ha convertido en una enfermedad universalmente aceptada (1).

Al abordar las estadísticas oficiales españolas desde 1906 a 1982, Cobo señala que desde la década de los setenta se detecta una tendencia del fenómeno suicidario (suicidios e intentos) a la alza, que se nutre sobre todo de los más jóvenes. De todos modos, llama la atención la constancia anual de la tasa de suicidios, que sólo manifiesta cambios significativos a lo largo de décadas (1 y 2). Con respecto a nuestro país, la opinión más generalizada es que mientras que los suicidios consumados se han mantenido en la misma proporción, las tentativas de suicidio han crecido notablemente a expensas de los adolescentes (3).

Es muy difícil para la sociedad aceptar el suicidio infantil. La epidemiología nos dice que su porcentaje es inferior al de los adultos (4). Su significación es mucho más dramática. En general, se estima que por cada suicidio consumado hay diez tentativas autolíticas, para todas las edades (5).

\* Psiquiatría Infantil. Hospital de Cruces - Baracaldo.  
\*\* Servicio de Psiquiatría. Hospital Santiago Apóstol.  
\*\*\* Psicología infantil. Universidad Pontificia, Salamanca.

Hemos buscado entre nuestras urgencias psiquiátricas los pacientes que tenían como motivo de consulta un intento suicida. El estudio de sus características, y las intervenciones psiquiátricas realizadas constituyen el presente trabajo.

## MATERIAL Y MÉTODOS

La recogida de casos comenzó en Enero de 1988. Los 28 pacientes que se nos consultaron desde entonces por haber tenido un intento autolítico constituían el 13,8% de todas las urgencias atendidas por psiquiatría infantil. De ellos, 18 eran mujeres (64,3%), y 10 varones (35,7%). Las edades oscilaban entre los 8 y los 15 años, siendo la edad media de 13,5 años (D. S.=3,4).

Un protocolo de recogida retrospectiva de datos socio-demográficos y clínicos, extraídos de las 28 historias clínicas, nos ha permitido obtener los resultados que se reflejan en la Tabla I.

TABLA I

Variables socio-demográficas y clínicas de los 28 casos

Variable	n.º de pacientes	porcentaje
<b>a) PACIENTES</b>		
cambios previos de hábitat	22 casos	78,5%
cambios previos de colegio	24 casos	85,7%
problemas escolares	18 casos	64,2%
trastornos psiquiátricos	21 casos	74,7%
enfermedades médicas	7 casos	25%
tentativas autolíticas previas	2 casos	7,1%
<b>b) FAMILIAS</b>		
desajuste familiar	12 casos	42,8%
divorcios	1 caso	3,5%
distocia social	4 casos	14,2%
enfermedades médicas	10 casos	35,7%
enfermedades psiquiátricas	16 casos	57,1%
antecedentes autolíticos	7 casos	25%
paro laboral	3 casos	10%

Otras variables analizadas han sido el tamaño y el lugar ocupado en la fratria, las caracte-

terísticas de los intentos de suicidio (Tabla II), el tipo de enfermedades psiquiátricas asociadas en 21 de los 28 casos (74,7%), y, — por último — las distintas intervenciones psiquiátricas realizadas en el total de la muestra.

TABLA II

Características de los 28 intentos de suicidio

Intoxicación medicamentosa: 20 casos (71,4%)

- Polifármacos: 7 casos
- Benzodiacepinas: 5 casos
- Barbitúricos: 3 casos
- Antiinflamatorios: 4 casos
- Anticonceptivos: 1 caso

Envenenamiento: 1 caso (amoníaco): 3,5%

Defenestración: 4 casos (14,2%)

Arrojarse a un vehículo: 1 caso (3,5%)

Ahorcamiento: 2 casos (7,4%)

## RESULTADOS

Muy pocos niños menores de 12 años intentan el suicidio (6), pero las conductas autolíticas son mas frecuentes conforme aumenta la edad, hasta la adolescencia (7). En nuestra muestra, siete de los 28 casos eran menores de 12 años (25%), quedando el resto situado entre los 13 y los 15 años.

La baja incidencia de actos suicidarios en la infancia se explica por la baja incidencia de la depresión entre los niños. Esta asociación se producía en 15 casos (35,5%) de la muestra, como puede verse en la (Tabla III), donde se resumen las enfermedades psiquiátricas encontradas en 21 de los 28 pacientes (74,7% del total). Asimismo, la familia, el colegio y el ambiente suelen ofrecer un entorno protector que evita los actos suicidarios. No ocurría así solamente en 4 de los pacientes (14,2%). Un tercer factor protector es el nivel de madurez cognitiva que una decisión suicida exige, y que sólo puede verse a partir de determinadas edades, sobre todo desde la pubertad.

TABLA III

Enfermedades psiquiátricas asociadas (N=28)		
Enfermedad	Número de casos	Porcentaje
Depresión	15 casos	53,5%
Trastornos por ansiedad	1 caso	3,5%
Anorexia Nerviosa y Bulimia	2 casos	7,1%
Trastornos de Conducta	2 casos	7,1%
Psicosis	1 caso	3,5%

Total: 21 casos (74,7% del total)

El suicidio es más frecuente en varones que en mujeres para todas las edades (8). Sin embargo, los intentos autolíticos con psicofármacos parecen ser privilegio de las mujeres (9), siendo los varones que intentan suicidarse «mas psicopatológicos» (10). En el grupo estudiado, las mujeres predominaban: 18 casos (64,3%), sobre todo en lo referente a tentativas.

Medicamentosas: 17 de 20 casos (61%). La diferenciación entre enfermedades psiquiátricas asociadas no parecía ser significativa entre los dos sexos.

Muchos autores relacionan las mayores tasas de suicidio actuales, nutridas sobre todo a partir de los adolescentes, con una mayor presión junto a la limitación de recursos educativos y de trabajo posterior al tiempo escolar y universitario (11). Esto, que puede traducirse mejor como fracaso o riesgo de fracaso escolar para edades mas tempranas, se producía en 18 (64,2%) de los pacientes.

El método empleado preferentemente fué la intoxicación medicamentosa (20 casos: 71,4%), seguido por las tentativas de defenestración (4 casos: 14,2%), el ahorcamiento (2 casos: 7,4%), y por último por el envenenamiento y por el intento de arrojarse a un vehículo en marcha, con un caso cada uno.

SHAFFER (12) estudió los factores precipitantes previos al intento autolítico, encontrando como más frecuente las crisis de disciplina, — por ejemplo, cuando se obtienen malos resultados escolares o cuando el profesor indica al paciente que debe llevar a sus padres una nota relacionada con mal comportamiento —. En nuestra muestra, tal situación se produjo en 5

pacientes (17,8%), siendo el grupo más numeroso de acontecimientos precipitantes encontrado la presencia de discusiones familiares (28,5%). También se hallaron discusiones con amigos en 3 pacientes (10,7%), desencuentros amorosos en 2 (7,1%), abusos sexuales previos en otros dos niñas, habiéndose producido por último una ingesta de amoníaco tras un episodio bulímico. Pocos estudios se han podido realizar acerca de la personalidad de los niños que intentan suicidarse (12). De ello, se han extraído cuatro subgrupos característicos: 1 — niños irritables y sensibles a las críticas; 2 — niños impulsivos e hiperactivos; 3 — pasivos, aislados, de difícil introspección; y 4 — niños perfeccionistas, con un alto nivel de exigencias y preocupados por uno posible fracaso. La mayoría de los autores que han estudiado el carácter de estos niños coinciden en asociar un cierto grado depresivo en la mayoría de ellos (13). Del estudio realizado a los 28 pacientes que componen la muestra — y como puede verse reflejarse en la (Tabla III) — se deduce que la mayoría (74,7%) tenían alteraciones en el desarrollo de la personalidad, y que un significativo porcentaje (15 de 21 casos psicopatológicos) presentaban síntomas depresivos.

En el estudio de SHAFFER (12) se vio la relativa escasez de enfermedades médicas asociadas al suicidio. Nuestro grupo coincidía en este hallazgo: siete casos (25%) tenían alguna enfermedad somática siendo la más frecuente el asma (3 casos), seguida por las enfermedades ortopédicas (2 casos).

Un análisis de los cambios sufridos por los niños y adolescentes suicidas previamente, nos indicó que el desarraigo podía ser un factor a tener en cuenta, dado que 22 de los pacientes (78,5%) habían cambiado más de una vez de hábitat sumando en total 39 cambios; mientras que 24 casos (85,7%) lo habían hecho de colegio, con un total de 57 cambios escolares globalmente.

La mayoría de los pacientes: 24 (85,7%) vivían con los dos padres naturales. Dos casos vivían con uno de los padres, viudo, y los padres de un último paciente estaban divorciados. Solamente 3 padres (10%) estaban en situación de

paro laboral, dándose la circunstancia de que en 16 familias (58%) ambos padres trabajaban. El 58%, asimismo, habían consultado al psiquiatra por algún miembro familiar de primer grado. Por último, a pesar de la dificultad existente para recoger datos de antecedentes familiares autolíticos, hay que reseñar que 7 casos (25%) del total los tenían.

## DISCUSIÓN

A partir de la década de los 70 es cuando se aprecia en nuestro país un aumento de las tentativas de suicidio, siendo las mujeres adolescentes sus principales protagonistas. Ello se produce en base a la eclosión del mercado farmacológico y, promordialmente, psicofarmacológico; y de los cambios que se han ido superponiendo en la sociedad española, situando el conflicto intergeneracional femenino entre los primeros temas de la actualidad social. Pero las jóvenes tienen que buscar modelos adultos femeninos acordes con las circunstancias. La dificultad para encontrarlos y el cambio que supone siempre la pubertad y la adolescencia sitúan este grupo de edad entre los de alto riesgo para los intentos autolíticos (1). A la hora de elegir los métodos, las adolescentes se muestran ambivalentes y, por ello, los métodos empleados son menos mortíferos que los usan los chicos.

En edades más tempranas ocurre un fenómeno similar. El número de intentos de suicidio que recoge Cobo Medina (1) en su revisión de 1986 para menores de 13 años, es de 11 varones y de 28 mujeres, haciendo un total de 39 tentativas. Estas, que se corresponden con nuestros datos, conforman un porcentaje muy inferior al número de intentos en edades comprendidas entre los 13 y los 18 años: 7 varones y 72 mujeres (en total 79 casos). Hoy, es nuestra impresión que esta diferencia entre grupos de edad ha aumentado sensiblemente.

Uno de los problemas que más preocupan a los pediatras a los que se consulta un intento de suicidio es el prevenir recidivas. Por ello, se han dividido las tentativas autolíticas en los grupos

(14):

1.º — Los intentos más peligrosos son aquellos que se dan asociados a una enfermedad psiquiátrica, quienes presenten mayor número de problemas psicosociales, en edades más tardías de la adolescencia o que empleen métodos potencialmente más letales. En este primer grupo, entrarían 10 (35,7%) de los 28 casos.

2.º — Intentos menos peligrosos, precipitados por una crisis emocional de relación con padres, profesores o amigos, en los que hay menos evidencia de enfermedad psiquiátrica, que suelen ser más jóvenes, del sexo femenino. Este grupo (18 pacientes: 64,3%) se trata intentando cambiar sus circunstancias inmediatas. Una segura psicoprofilaxia de recidivas exige al menos 12 meses de seguimiento.

Los niños suicidas y los que intentan el suicidio tienen más síntomas psiquiátricos, y sobre todo, más síntomas depresivos que los no suicidas. Por estudios comparativos (15), se ha confirmado que la mayoría de niños y adolescentes suicidas tiene algún tipo de trastorno amocional. Entre sus padres es más frecuente la depresión, la ausencia de comunicación familiar y las respuestas agresivas que entre la población normal. En nuestra muestra, los padres depresivos eran mayoría entre los antecedentes psiquiátricos familiares (5 madres y 1 padre: 6 casos), seguidos de cerca por los trastornos por ansiedad (4 casos), por los utilismos (3 padres), las toxicomanías (2 hermanos) y los trastornos de la personalidad (1 padre). En total, tenían una enfermedad psiquiátrica familiar 16 casos (57,1%).

No parece afectar tanto como se temía el aumento de las familias incompletas respecto de las completas. No obstante, la conflüivide conyugal velada es más frecuente entre los padres de los niños suicidas, que entre los padres de niños no suicidas.

No se hereda el suicidio, pero sí se dá mucho mas frecuentemente en familias que ya tienen un miembro suicidado. Es el duelo imposible de hacer, lleno de misterio porque nunca se puede hablar de él. Todo ello puede contribuir a la identificación inconsciente patológica con el suicida.

Se producen 10 tentativas por cada suicidio consumado (1). A pesar de la escasez de estudios realizados sobre el porcentaje de recidivas, se sabe que tienden a repetirse si no se previenen. Lo más problemático es que el intento quede oculto, como si hubiera sido una anécdota. El riesgo de repetición aumenta, además, si hay antecedentes familiares de suicidio, si el método ha sido potencialmente letal, si hay una psicopatología demostrada, o una premeditación suicida, o si el paciente tiene 13 años o más.

El tratamiento pasa por varias etapas: en primer lugar, está el periodo de contacto (o periodo de cristal) en el que la intervención psicoterapéutica está orientada para evaluar el estado mental del niño, la situación familiar, el estado psiquiátrico de los padres y la naturaleza de las interacciones familiares. Hay que tener en cuenta la delicada situación por la que pasan los padres de un niño que ha hecho unatentativa autolítica, en el momento en que se reencuentran con él. Todos tienen miedo, entonces, al manejo de la agresividad latente hacia el niño. El temor debería prevenirse por hablar antes con ellos, o por asistir al momento de reencontrarse con su hijo.

La perplejidad de los padres se basa en el hecho de que se viera venir. Los suicidas efectivamente, no siempre estaban pasando una depresión cuando se produce la conducta autolítica, y desde luego, si la estaban pasando, no era de forma abierta y consciente para su entorno. Tras el mismo, hay que dar la importancia que se merece al intento de suicidio. De hecho, todos sabemos la significación que los avisos y amenazas tienen para la prevención del suicidio. Pero, la mayoría de los intentos son más veces impulsivos que premeditados, por lo que su profilaxis se hace más difícil todavía.

En segundo lugar, dentro del tratamiento de estos pacientes, utilizamos la terapia de conducta y las terapias familiares para reducir el posible conflicto padres-hijo. Asimismo, habrá que corregir las ideas irracionales que el niño tenga acerca del mundo y de sus opciones.

La inoculación de estrés, el entrenamiento asertivo y el modelado son otras técnicas de uso

corriente en estos casos. Todo el se hace en un primer encuentro en el que se busca la aproximación afectiva al paciente. Hay que apoyar y vincular el Y o del chico o chica, por lo que vale en sí, no por el valor que puede tener la vida en abstracto.

El pronóstico, no obstante, vá mas allá de prevenir la reincidencia. Se trata de hacer un pronóstico del futuro del paciente, en todas las dimensiones de su personalidad. Habrá que valorar, pués la capacidad de supervivencia, de auto-protección que él tenga que los padres por medio de la comunicación del afecto, esas cosas en las que los suicidas no creen, puedan restituirle.

## CONCLUSIONES

El suicidio y los intentos autolíticos son difíciles de creer en niños. Muchas veces no se aceptan mas que como accidentes. Sus porcentajes epidemiológicos son menores que los de los adultos, pero su significación es mucho más dramática. Para todas las edades se estima que se produce una proporción de 10 tentativas autolíticas por cada suicidio consumado. Tras el análisis de los datos del estudio, se concluye que los intentos actuales de suicidio se producen más en mujeres adolescentes o puberales, y con método de intoxicación farmacológica preferentemente. No se puede dar un retrato robot de los niños suicidas, pero hemos comprobado como factores de riesgo los múltiples cambios de colegio y de hábitat, la escasez o ausencia de comunicación familiar, la existencia de antecedentes autolíticos en la familia, la depresión entendida como vulnerabilidad narcisística de la mayoría de éstos niños, y el surplús de estrés ambiental que la infancia y la juventud está tolerando en los tiempos modernos. El seguimiento durante un año, con los métodos terapéuticos que se vean mas adecuados asegura la prevención de recidivas en los intentos de suicidio que se produzcan en la infancia si se sabe reparar los vacíos que la ausencia de un adecuado instinto de conservación ha dejado en estos niños.

## Bibliografía

1. COBO MEDINA C.: «Estadísticas y reflexiones sobre actos-suicidarios en niños adolescentes españoles». *Re. Psiquiatr. Psicol. Med.*; 17: 253-263; 1986.
2. COBO MEDINA C.: «El suicidio infanto-juvenil en España». *Tribuna Médica*; números 933, 934, y 935; 1982.
3. SANCHEZ CANO M.: «Tentativas de suicidio en la infancia y la adolescencia». *Jano*; 399: 66-69; 1979.
4. RICH C.L., YOUNG D. y FOWLER R.C.: «San Diego suicide study. I. Young vs. old subjects». *Arch. Gen. Psychiatry*; 43: 577-582; 1985.
5. BROWN J.H.: «Suicide in Britain: more attempts, fewer deaths; lessons for public policy». *Arch. Gen. Psychiatry*; 36: 1119-1124; 1979.
6. SHAFFER D. y FISHER P.: «The epidemiology of suicide in children and young adolescents». *J.A. Acad Child Adol. Psychiatry*; 20: 545-565; 1981.
7. SHAFFER D. «Depresión, manía and suicidal acts». En *Child and Adolescent Psychiatry. Modern Approaches. Second Edition*. Eds.: Rutter y L. Hersov, págs. 698-791, Blackwell Scientific Publications, Edinburgh, 1985.
8. SEGAL B.E. y HIMPHREY J.: «A comparison of suicide victims and suicide attempters in New Hampshire». *Dis. Nerv. Syst.*; 31: 830-838; 1970.
9. GOULD R.E.: «Suicide problems in children and adolescents». *A.M. J. Psychother.*; 21: 228-245; 1965.
10. OTTO Y.: «Suicidal attempts in adolescence and childhood. States of mental illness and personality variables». *Acta Paedopsychiat.*; 31: 391-411; 1974.
11. HOLLINGER P.C. y OFFER D.: «Prediction of adolescent suicide: a population model». *A.M. J. Psychiatry*; 37: 519-523; 1982.
12. SHAFFER D.: «Suicide in childhood and early adolescence». *J. Child Psychol. Psychiatry*; 45: 406-451; 1974.
13. SANBORN D.E., SANBORN C.J. y CIMBOLIC P.: «Two years of suicide: a study of adolescent suicide in New Hampshire». *Child Psychiat. Hum. Dev.*; 3: 234-242; 1974.
14. CHOQUET M., FACY F. y DAVIDSON F.: «Suicide and attempted suicide among adolescents in France. En *The Suicide Syndrome*. R. Farner y S. Hirsch (eds.); págs.: 73-89; Croom Helm Ltd., Londres, 1980.
15. MCINTYRE M.: «The epidemiology and taxonomy of suicide». En *Suicide Attempts in Children and Youth*. M. McIntyre y C.R. Angle (eds.), págs.: 1-23; Harper & Row Hagerstown, 1980.