REVISTA DE PSIQUIATRÍA
INFANTO-JUVENIL
Número 1/2017
Enero-Marzo

Artículo Original

Perfiles psicológicos del adolescente con conducta suicida

Psychological profiles of adolescents with suicidal behavior

Villar-Cabeza F.*, Castellano-Tejedor C., Sánchez-Fernández B.*, Verge Muñoz M.* Blasco-Blasco T.*****

*Unidad de Conducta Suicida. Servicio de Psiquiatría y Psicología. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona (España).
**Departamento de Psiquiatría. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona (España). CIBERSAM.
***Departamento de Psicología Básica. Universidad Autónoma de Barcelona. Bellaterra (España)

Correspondencia:
Francisco Villar.
Unidad de Conducta Suicida. Servicio de Psiquiatría y Psicología. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona.
Email: fvillar@hsjdbcn.org

Agradecimientos:
Los autores del presente trabajo desean agradecer la inestimable colaboración de todos los adolescentes que han participado voluntaria y desinteresadamente en el presente estudio.

Financiación:
El proyecto de investigación cuenta con la colaboración de la ayuda de IRPF del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, de las convocatorias de 2015-2016.

RESUMEN

La necesidad de prevenir muertes evitables y contener el impacto emocional que genera la conducta suicida requiere de estudios que permitan entender mejor el fenómeno, con el fin de incrementar la eficacia de las estrategias preventivas e interventivas. Clasificar la conducta suicida permitiría un mejor abordaje de esta problemática tan heterogénea, con influencias culturales, evolutivas y de género. Este trabajo pretende describir diferentes perfiles psicológicos prototípicos del adolescente con conducta suicida, a partir de una propuesta de clasificación ya existente que se amplía con otras variables clínicas de relevancia. Para ello, se diseñó un estudio transversal descriptivo-correlacional con pacientes de entre 8-17 años, visitados en Urgencias por conducta suicida entre noviembre del 2013 y diciembre del 2014. Los datos se obtuvieron a partir de entrevistas clínicas. La propuesta de clasificación mostró que los adolescentes del grupo I, el más prevalente (60%), se caracterizaron por presentar mayor prevalencia de rasgos desadaptativos de personalidad, trastorno de conducta, más ingresos hospitalarios y autolesiones y la mitad de ellos presentaron antecedentes de conducta suicida. Los del grupo II (30%), presentaron mayor prevalencia de trastornos del estado de ánimo. El grupo III (10%), mostró un alto porcentaje de tentativas autolíticas (>75%) respecto a otras conductas suicidas, identificando los conflictos relacionales como desencadenantes más frecuentes. La obtención de estos perfiles prototípicos y sus correspondientes características clínicas y psicopatológicas, permite sugerir diferentes procesos de tratamiento ajustados a cada uno de los procesos descritos.

Palabras clave: suicidio, adolescencia, estudio descriptivo, perfiles.

ABSTRACT

The need to prevent avoidable deaths and to contain the emotional impact of suicidal behavior requires studies to better understand the phenomenon and to increase the effectiveness of prevention and intervention strategies. Suicidal behavior has a very heterogeneus characterization, which is influenced by cultural, evolutionary, and gender features, and its classification could facilitate a better approach to this problem. This study was intended to describe the different prototypical psychological profiles of the adolescent with suicidal behavior, based on an existing classification proposal that is extended with other relevant clinical variables. A cross-sectional and descriptive design was employed in a sample of patients between 8-17 years old attended in a pediatric emergency unit between November 2013 and December 2014. Data was collected by means of semi-structured interviews. The classification showed that adolescents in group I, the most prevalent (60%), were characterized by a higher prevalence of maladaptive personality traits, behavioral disorders, more mental health hospital admissions, self-harm behaviors, and half of them had a history of previous suicidal behavior. Those in group II (30%) had a higher prevalence of mood disorders. Group III (10%) showed a high percentage of autolysis attempts (>75%) when compared to other type of suicidal behavior, identifying relational conflicts as the most frequent triggers. To obtain these prototypic profiles and their corresponding clinical and psychopathological characteristics in the study sample suggests different treatments tailored to each specific profile.

Keywords: suicide, adolescence, descriptive study, profiles.

INTRODUCCIÓN

El suicidio es un grave problema de salud pública y la primera causa externa de mortalidad (1). En 2012, 804.000 personas fallecieron en todo el mundo por esta problemática (1). En ese mismo año, las muertes por suicidio en adolescentes en España de entre 15 y 19 años fueron de 52, y de 5 en menores de 15 años (2). Durante los siguientes dos años, estos fallecimientos han seguido incrementando sensiblemente hasta los últimos datos publicados de 2014, cuando hubo 59 casos en menores de 19 años y 10 en menores de 15 años (3); doblando, en esta última franja de edad las cifras de 2012. Aunque el suicidio consumado en menores de 19 años representa únicamente el 1,7 % del total de los suicidios, éste sigue constituyendo la segunda causa de mortalidad en adolescentes de entre 15 y 19 años (3). Ante este problema, son necesarios estudios que mejoren la prevención y la intervención.

Se sabe que los adolescentes que se suicidan y los que realizan tentativas autolíticas conforman dos poblaciones superpuestas (4). Algunos autores han descrito que las poblaciones con más riesgo, no sólo de suicidio sino de presentar mayor número de diagnósticos de salud mental, son los adolescentes reincidentes múltiples (5). El mayor nivel de riesgo en esta subpoblación es explicado por Hawton, Saunders y O´Connor (6), quienes señalan como factor precipitante recurrente de suicidio los estresores de tipo psicosocial; especialmente los problemas relacionales, que aparecen con mayor frecuencia en el caso de menores de 14 años. En la adolescencia, las relaciones tienen una mayor relevancia, por la necesidad de pertenencia al grupo y la intensidad de las vivencias. Si a esto le sumamos una mayor impulsividad y una infravaloración de los riesgos, todo ello puede llegar a incrementar la probabilidad de tentativas autolíticas durante esta etapa vital.

A la consumación de dichas tentativas podría llegarse a través de procesos diferenciados como los tres que proponen Fortune, Stewart, Yadav y Hawton (7), tras realizar un estudio de 27 autopsias psicológicas de adolescentes que habían consumado el suicidio. El primer tipo de proceso se daría en adolescentes con problemas vitales y conductuales de largo recorrido, fracaso escolar, relaciones familiares deterioradas, abusos sexuales, violencia familiar, rasgos de personalidad desadaptativos, baja autoestima y/o problemas relacionales con iguales. El segundo tipo aparecería en adolescentes que padecen trastornos de salud mental graves. El tercer proceso sería el que se observa en adolescentes que no pueden incluirse en ninguna de las categorías anteriores y en los que la conducta suicida acontece tras un evento vital estresante, como podría ser el fallecimiento de un ser querido.

Esta categorización podría ser útil para integrar el conocimiento que se posee sobre los factores relacionados con el intento de suicidio (7). En este sentido, la literatura científica sobre este tema, señala que uno de los factores de riesgo para la realización de la conducta suicida que cuenta con mayor evidencia empírica es la realización de una tentativa previa (8).

En nuestro ámbito cultural, pacientes varones, con antecedentes psiquiátricos, tentativa suicida previa y/o con clínica de toxicidad en el momento de atención, presentan mayor riesgo de repetir la tentativa (9). Otros factores descritos son la impulsividad, el pesimismo del adolescente introvertido, el debut de trastornos psiquiátricos y el inicio de consumo de tóxicos (10). Sin embargo, esos factores de riesgo no tienen especificidad suficiente, pues implican altas tasas de falsos positivos que no permiten acciones preventivas eficaces (11) ni identifican aquellos casos con peor pronóstico. Por ello, parece pertinente valorar si los perfiles propuestos por Fortune y colaboradores (7), en conjunción con otras variables clínicas y psicopatológicas de relevancia en este ámbito, pueden servir para la obtención de diferentes perfiles prototípicos del adolescente suicida que guíen el diseño e implementación de tratamientos diferenciales de demostrada eficacia, capaces de evitar nuevas tentativas autolíticas.

Por todo lo expuesto, el presente trabajo pretende profundizar en la descripción de las características clínicas y psicopatológicas de la población adolescente con conducta suicida. Para ello, se partirá de la clasificación de Fortune y colaboradores (7), y se ampliará con otras variables relacionadas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño

El diseño del presente estudio es de tipo transversal descriptivo-correlacional.

Setting

El estudio se realizó en el Servicio de Urgencias Pediátricas del Hospital Sant Joan de Déu Barcelona, con un área de influencia de 1.300.000 habitantes y 100.000 visitas anuales en el servicio de urgencias generales.

Participantes

Se incluyó a los 1). pacientes menores de edad (<18 años) atendidos en el servicio de urgencias psiquiátricas de un hospital pediátrico terciario por tentativa suicida y 2) a pacientes menores de edad (<18 años) que habían presentado una conducta suicida diferente a tentativa (esto incluía: ideación, amenazas, gestos suicidas) con un claro riesgo de pasar al acto (p.e., realizar una tentativa, valorado por el psiquiatra de urgencias). Se excluyó a los 1) pacientes mayores de edad (≥ 18 años), 2) y a pacientes con deficiencias cognitivas u otros déficits neuropsicológicos que pudiesen dificultar la valoración clínica y/o la comprensión del concepto de muerte, 3) pacientes que negasen la intencionalidad autolítica de la conducta. Es decir, que presentaron autolesiones o conductas parasuicidas, daño auto-infligido, intoxicaciones u otras conductas similares con intencionalidad ansiolítica, lúdica u otra que no fuese suicida.

Variables e instrumentos de evaluación

Las siguientes variables fueron recogidas a partir de un protocolo *ad hoc*:

1. Datos socio-demográficos: edad en el momento de la evaluación y género.
2. Datos clínicos: existencia de diagnóstico psicopatológico (en el presente y pasado) y eventos vitales estresantes (en el presente y pasado) de *bullying*, abusos en la infancia, ingresos hospitalarios en salud mental y autolesiones, presencia de comorbilidades (existencia de uno o más trastornos además del trastorno principal) y antecedentes psicopatológicos familiares. Dicha recogida de información se basó en la entrevista clínica estructurada SCID para los trastornos del DSM.

Datos de estudio relacionados con la conducta suicida:

1. Motivo de consulta: ideación autolítica, amenaza, gesto, tentativa, autolesiones.
2. Tipo de tentativa actual: no procede, sobreingesta medicamentosa, ingesta de cáusticos, precipitaciones, venoclisis, apuñalamientos, ahorcamientos, ingesta de drogas u otros.
3. Existencia previa de tentativa: sí versus no.
4. Tipo de conducta previa: ideación autolítica, amenaza, gesto, tentativa.
5. Antecedentes familiares de conducta suicida y tipo: igual que el punto 2.
6. Factor desencadenante referido por el propio adolescente: conflicto familiar, ruptura sentimental, conflicto con iguales, gestión emocional, problemas académicos, trastorno de salud mental, depresión, dolencia orgánica, otros, no refiere desencadenante.

Procedimiento

El periodo de recogida de datos se realizó desde noviembre de 2013 hasta diciembre de 2014, el mismo día de la atención en urgencias por un profesional clínico (psicólogo o psiquiatra) perteneciente al Servicio de Psiquiatría del Hospital Sant Joan de Déu Barcelona. La codificación de los datos la realizaron dos psicólogos de forma independiente a través de la intervención directa o del análisis de la historia clínica del paciente realizada por otro facultativo, pudiendo ser este psiquiatra o psicólogo clínico. La clasificación del paciente que presentaba la tentativa en alguno de los tres grupos propuestos por Fortune y colaboradores (7) (véase Tabla 1) la realizaron los dos psicólogos a partir de una submuestra de 100 pacientes (de los 402 que formaban la muestra total). Cada uno de ellos asignó de manera independiente el caso a una de las tres categorías, y se comprobó después que el grado de acuerdo era del 100%. Por ese motivo, la clasificación del resto la realizó uno de los dos psicólogos, con el siguiente proceso de decisión:

- Inclusión del paciente en el grupo I: 1) Pacientes que presentaban o no un cuadro psicopatológico; 2) Que el deterioro en diferentes áreas no era atribuible a dicho cuadro agudo; 3) Que presentasen una evolución tórpida y ausencia de la remisión esperada tras un proceso de tratamiento, o más de dos años sin tratamiento. En este caso se seleccionaba al paciente en el grupo I. En este grupo, el suicidio podría ser considerado como una consecuencia a una falta de recursos para afrontar y acometer las exigencias sociales, ya sea por causas internas (dificultades de gestión emocional, de resolución de conflictos…) o externas (problemas socio-familiares).
- Inclusión del paciente en el grupo II: 1) Si presentaba un cuadro psicopatológico tipo episodio depresivo, trastorno bipolar, esquizofrenia, trastorno por estrés post-traumático, etc.; 2) Si las consecuencias o deterioro de diferentes áreas podían atribuirse a ese cuadro clínico; y 3) Si el cuadro no había persistido tras un año en tratamiento (farmacológico, psicológico o combinado) o dos años sin tratamiento. En este grupo el suicidio se podría considerar como fuertemente relacionado al cuadro clínico (síntoma) o al proceso de aceptación de un diagnóstico (como podría ser una esquizofrenia).
- Inclusión del paciente en el grupo III: 1) Aquellos adolescentes que no encajaban en los grupos I o II; 2) Con un funcionamiento conservado en todas las áreas; y 3) Que el suicidio aparecía de forma abrupta ante un único evento vital estresante.

Tabla 1. Categorización del adolescente que comete suicidio según los grupos propuestos por Fortune y colaboradores (7)

Grupo I: Aquellos adolescentes con problemas vitales y conductuales de largo recorrido, fracaso escolar, relaciones familiares deterioradas, abusos sexuales, violencia familiar, rasgos de personalidad desadaptativos, baja autoestima y/o problemas relacionales con iguales.
Grupo II: Aquellos adolescentes con trastornos de salud mental graves. Dos subgrupos: ● Con proceso de suicidio prolongado ● Con un breve proceso suicida
Grupo III: Aquellos adolescentes para los que el suicidio aparece de forma aguda en respuesta a un evento vital estresante, en ausencia de criterios para los grupos I y II.
Adaptado de Fortune y colaboradores (7).

Aspectos éticos

El estudio cumplió con la normativa interna del comité de ética del Hospital Sant Joan de Déu Barcelona, así como la de la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki del 1995 con sus sucesivas enmiendas.

Análisis de datos

Para el tratamiento estadístico de los datos se utilizó el Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), en su versión 18. Para analizar la prevalencia de las distintas características socio-demográficas y clínicas, se realizaron análisis descriptivo-correlacionales, de distribución de frecuencias y comparación inter-grupo con un análisis bivariado a partir de la prueba de Chi Cuadrado (χ^2), la t de Student y la prueba ANOVA de un factor. La significación de todas las pruebas se consideró a un nivel de probabilidad del 5% o inferior, indicando siempre la significación exacta que ofrece el paquete estadístico SPSS.

RESULTADOS

En total, se recogieron datos de 330 mujeres (82,1%) y 72 hombres (17,9%) de edades comprendidas entre 8 y

17 años (M = 14,76, DT = 1,56).

La Tabla 2 muestra la distribución de género y la edad media en función de cada uno de los grupos de clasificación de la conducta suicida de Fortune y colaboradores. No existieron diferencias estadísticamente significativas en la distribución de género entre grupos. Tampoco se observaron diferencias estadísticamente significativas intra o intergrupo en cuanto a la edad.

Tabla 2. Distribución de géneros y edades para cada grupo (N = 402)

	Grupo I (n = 235)		Grupo II (n = 107)		Grupo III (n = 60)	
	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre
n (%)	195 (83%)	40 (17%)	90 (84,1%)	17 (15,9%)	45 (75%)	15 (25%)
M (DT)	14,72 (1.50)	14,75 (1.82)	14,80 (1,46)	14,71 (1,61)	14,78 (1,89)	15 (1,19)
Total, M (DT), rango	14,72 (1,56), 8-17		14,79 (1,48), 11-17		14,83 (1,74), 9-17	

Grupo I: Problemas vitales/conductuales/emocionales de largo recorrido; Grupo II: trastornos de salud mental graves; Grupo III: Suicidio de aparición aguda como respuesta a un evento vital estresante.
M= Media, SD=Desviación típica

La Tabla 3 muestra los datos clínicos de los participantes en el estudio así como los de sus familiares. Tal y como puede observarse, se encontraron diferencias significativas en relación a la presencia de diagnóstico psicopatológico en el momento del ingreso hospitalario ($\chi2$ = 85,755, gl = 2, p < ,001) y también en relación a la existencia de diagnóstico psicopatológico en el pasado ($\chi2$ = 51,636, gl = 2, p < ,001) así como a presentar comorbilidad en ese mismo momento ($\chi2$ = 57,893, gl = 2, p < ,001). También se hallaron diferencias significativas entre los tres grupos en la presencia de algunos diagnósticos tales como: trastornos del estado de ánimo ($\chi2$ = 19,885, gl = 2, p < ,001) donde los episodios depresivos fueron los más prevalentes (40%), trastornos de conducta alimentaria ($\chi2$ = 11,271, gl = 2, p = ,004), presencia de rasgos desadaptativos de personalidad ($\chi2$ = 55,268, gl = 2, p < ,001) y trastornos de conducta ($\chi2$ = 26,394, gl = 2, p < ,001). Sin embargo, no hubo diferencias entre las tres categorías en la existencia de trastorno adaptativo, siendo éste un diagnóstico muy prevalente en los tres grupos, con porcentajes similares, alrededor del 40%.

En cuanto a los antecedentes psicopatológicos personales, se encontraron diferencias significativas entre grupos en los mismos diagnósticos psicopatológicos que los comentados previamente para el momento actual: trastornos del estado de ánimo ($\chi2$ = 10,060, gl = 2, p = ,007); presencia de rasgos desadaptativos de personalidad ($\chi2$ = 11,644, gl = 2, p = ,003); antecedentes personales de trastornos de conducta ($\chi2$ = 27,640, gl = 2, p < ,001); y antecedentes personales de trastornos de conducta alimentaria ($\chi2$ = 13,831, gl = 2, p = ,001). También se observaron diferencias entre grupos para la ocurrencia de diferentes sucesos vitales estresantes, tales como la vivencia de *bullying* ($\chi2$ = 8,666, gl = 2, p = ,013) y en ingresos hospitalarios previos en salud mental ($\chi2$ = 15,079, gl = 2, p = ,001). En cuanto a las autolesiones, también se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre grupos ($\chi2$ = 28,452, gl = 2, p < ,001).

Respecto a los antecedentes psicopatológicos familiares, se encontraron diferencias significativas entre los tres grupos de sujetos en referencia a dos familias diagnósticas: Esquizofrenia u otros trastornos psicóticos ($\chi2$ = 9,429, gl = 2, p = ,009); y antecedentes familiares de trastornos del estado de ánimo ($\chi2$ = 8,291, gl = 2, p = ,016).

La Tabla 4 muestra los resultados referentes a la conducta suicida. Se observaron diferencias significativas entre grupos en cuanto a la existencia de tentativa ($\chi2$ = 6,492, gl = 2, p = ,039) y la presencia de antecedentes personales de conducta suicida previa ($\chi2$ = 40,885, gl = 2, p < ,001) con una marcada prevalencia en el grupo I, llegando al 50% de los pacientes, de los cuales la mitad (25%) habían presentado tentativas autolíticas previas. No existieron diferencias significativas ni en el tipo concreto de tentativa, ni en el tipo de conducta suicida previa, ni tampoco en cuanto a la presencia de antecedentes familiares de conducta suicida o en los desencadenantes referidos por el adolescente para la conducta suicida. Se observó una diferencia notable en cuanto al desencadenante identificado, se encontró mayor prevalencia de factores relacionales en el grupo III, donde la conflictividad familiar, la ruptura sentimental o el conflicto con iguales fue señalada en un 75% los casos,

Tabla 3. Datos clínicos de la muestra (n=402)			
	Grupo I (n = 235)	***Grupo II (n = 107)***	***Grupo III (n = 60)***
	n (%)	n (%)	n (%)
Existencia de diagnóstico psicopatológico* **			
Sí	226 (96,2%)	106 (99,1%)	37 (61,7%)
Tipo de diagnóstico psicopatológico actual			
Trastorno por uso de sustancias	21 (8,9%)	6 (5,6%)	3 (5%)
Esquizofrenia u otros t. psicóticos	1 (0,4%)	8 (7,5%)	0
Trastorno del estado de ánimo***	61 (26%)	41 (38,3%)	4 (6,7%)
Trastorno de ansiedad	10 (4,3%)	8 (7,5%)	3 (5%)
Trastorno de conducta alimentaria**	34 (14,5%)	9 (8,4%)	0
Trastorno control de impulsos	3 (1,3%)	0	0
Trastorno adaptativo	91 (38,7%)	38 (35,5%)	25 (41,7%)
Rasgos desadaptativos de personalidad***	85 (36,2%)	8 (7,5%)	0
Trastorno de conducta***	34 (14,5%)	0	0
Trastorno generalizado del desarrollo	5 (2,1%)	5 (4,7%)	0
Trastorno por déficit de atención e hiperactividad	9 (3,8%)	1 (0,9%)	2 (3,3%)
Otros diagnósticos psicopatológicos	5 (2,1%)	1 (0,9%)	1 (1,7%)
Comorbilidad* **			
Sí	112 (47,7%)	19 (17,8%)	2 (3,3%)
Existencia de diagnóstico psicopatológico en el pasado* **			
Sí	208 (88,5%)	71 (66,4%)	29 (48,3%)
Tipo de antecedentes psicopatológicos personales previos / Eventos vitales estresantes			
Trastorno por uso de sustancias	18 (7,7%)	4 (3,7%)	3 (5%)
Esquizofrenia u otros t. psicóticos	1 (0,4%)	4 (3,7%)	0
Trastorno del estado de ánimo**	42 (17,9%)	18 (16,8%)	1 (1,7%)
Trastorno de ansiedad	36 (15,3%)	19 (17,8%)	5 (8,3%)
Trastorno de conducta alimentaria***	41 (17,4%)	11 (10,3%)	0
Trastorno adaptativo	18 (7,7%)	6 (5,6%)	1 (1,7%)
Rasgos desadaptativos de personalidad**	19 (8,1%)	1 (0,9%)	0
Trastorno de conducta***	50 (21,3%)	3 (2,8%)	2 (3,3%)
Trastorno generalizado del desarrollo	3 (1,3%)	3 (2,8%)	0
Trastorno por déficit de atención e hiperactividad	21 (8,9%)	2 (1,9%)	5 (8,3%)
*Bullying**	31 (13,2%)	12 (11,2%)	3 (5%)
Abusos en la infancia	18 (7,7%)	1 (0,9%)	1 (1,7%)
Ingresos hospitalarios en salud mental***	47 (20%)	11 (10,3%)	1 (1,7%)
Autolesiones***	108 (46%)	30 (28%)	7 (11,7%)
Otros	40 (17%)	13 (12,1%)	10 (16,7%)
Existencia de antecedentes psicopatológicos familiares			
Sí	130 (55,3%)	67 (62,6%)	27 (45%)

Tipo de antecedentes psicopatológicos familiares			
Trastorno por uso de sustancias	33 (14%)	19 (17,8%)	6 (10%)
Esquizofrenia u otros t. psicóticos**	17 (7,2%)	14 (13,1%)	0
Trastorno del estado de ánimo*	68 (28,9%)	46 (43%)	15 (25%)
Trastorno de ansiedad	34 (14,5%)	15 (14%)	8 (13,3%)
Trastorno de conducta alimentaria	8 (3,4%)	4 (3,7%)	2 (3,3%)
Trastorno adaptativo	8 (3,4%)	2 (1,9%)	3 (5%)
Trastorno de personalidad	9 (3,8%)	4 (3.7%)	2 (3,3%)
Trastorno de conducta	7 (3%)	3 (2,8%)	1 (1,7%)
Otros	29 (12,3%)	11 (10,3%)	6 (10%)

Grupo I: Problemas vitales/conductuales/emocionales de largo recorrido; Grupo II: Trastornos de salud mental graves; Grupo III: Suicidio de aparición aguda como respuesta a un evento vital estresante.
*p<0,05; **p<0,01;***p<0,001

Tabla 4. Datos en relación a la conducta suicida (n=402).			
	Grupo I (n = 235)	***Grupo II (n = 107)***	***Grupo III (n = 60)***
	n (%)	n (%)	n (%)
Motivo de consulta según profesionales			
Ideación autolítica	41 (17,4%)	23 (21,5%)	4 (6,7%)
Amenaza	12 (5,1%)	5 (4,7%)	0
Gesto	22 (9,4%)	9 (8,4%)	6 (10%)
Tentativa*	160 (68,1%)	70 (65,4%)	50 (83,3%)
Tipo de tentativa			
Sobreingesta medicamentosa	145 (90,6%)	62 (88,57%)	42 (84%)
Ingesta de cáusticos	7 (4,3%)	3 (4,28%)	5 (10%)
Precipitación	2 (1,25%)	2 (2,85%)	1 (2%)
Venoclisis	3 (1,87%)	3 (4,28%)	1 (2%)
Apuñalamiento	1 (0,62%)	0	0
Ahorcamiento	0	0	1 (2%)
Ingesta de drogas	1 (0,62%)	0	0
Otros	1 (0,62%)	0	0
Existencia de conducta suicida previa* **			
Sí	119 (50,6%)	32 (29,9%)	5 (8,2%)
Tipo de conducta suicida previa			
Ideación autolítica	41 (17,4%)	13 (12,1%)	2 (3,3%)
Amenaza	4 (1,7%)	0	0
Gesto	13 (5,5%)	6 (5,6%)	2 (3,3%)
Tentativa	61 (26%)	13 (12,1%)	1 (1,7%)
Antecedentes familiares de conducta suicida			

Sí	28 (11,9%)	12 (11,2%)	9 (15%)
Tipo de conducta suicida en familiares			
No procede	204 (86,8%)	95 (88,8%)	51 (85%)
Ideación autolítica	2 (0,9%)	0	0
Amenaza	3 (1,3%)	1 (25%)	0
Gesto	0	0	0
Tentativa	15 (6,4%)	8 (7,5%)	7 (11,7%)
Suicidio consumado	11 (4,7%)	3 (2,8%)	2 (3,3%)
Factor desencadenante referido por el propio adolescente			
Conflictiva familiar	79 (33,6%)	27 (25,2%)	30 (50%)
Ruptura sentimental	23 (9,8%)	12 (11,2%)	13 (21,7%)
Conflicto con iguales	13 (5,5%)	10 (9,3%)	2 (3,3%)
Gestión emocional	86 (36,6%)	16 (15%)	6 (10%)
Problemas académicos	5 (2,1%)	7 (6,5%)	6 (10%)
Trastorno de salud mental	6 (2,6%)	8 (7,5%)	0
Depresión	22 (9,4%)	26 (24,3%)	1 (1,7%)
Dolencia orgánica	0	0	1 (1,7%)
Otros	1 (0,4%)	0	1 (1,7%)
No refiere desencadenante	0	1 (0,9%)	0

Grupo I: Problemas vitales/conductuales/emocionales de largo recorrido; Grupo II: Trastornos de salud mental graves; Grupo III: Suicidio de aparición aguda como respuesta a un evento vital estresante
*p<0,05; **p<0,01;***p<0,001

mientras que en los grupos II y III estos desencadenantes no llegaron al 50%.

DISCUSIÓN

El objetivo de este trabajo era ofrecer una descripción de los perfiles prototípicos del adolescente con conducta suicida en nuestro propio entorno cultural, para poder sugerir la pertinencia de diferentes aproximaciones terapéuticas en función de la idiosincrasia de cada grupo. Para ello, se partió de la clasificación de tres perfiles definidos por Fortune y colaboradores (7), y se amplió con el estudio de otras variables clínicas y psicopatológicas, potencialmente relacionadas con la conducta suicida.

El primer hallazgo a considerar son las diferencias que se encontraron en cuanto a las prevalencias en los diferentes grupos. Observamos que únicamente tres de cada diez adolescentes que presentaron conducta suicida lo hicieron en el contexto de un cuadro psicopatológico; que la mayoría de pacientes presentaban problemáticas de larga evolución con problemas en diferentes áreas del funcionamiento; y que las tentativas que aparecen de forma inesperada, sin una historia de larga evolución de problemas o en ausencia de un cuadro psicopatológico, fueron muy poco frecuentes.

Por otro lado, tal y como era de esperar, en la comparación de los grupos se observaron diferencias entre ellos en las variables que caracterizan cada tipología. Así, la existencia de diagnósticos psicopatológicos fue inferior en el grupo III, correspondiente a pacientes que presentaban conducta suicida de aparición aguda como respuesta a eventos vitales estresantes; y los diagnósticos más frecuentes en el grupo I (pacientes con problemas vitales/conductuales/emocionales de largo recorrido) respecto al grupo II (pacientes con trastornos de salud mental graves) fueron los esperables. En concreto, trastornos de conducta, rasgos de personalidad desadaptativos y trastorno de la conducta alimentaria. Lo mismo puede decirse respecto a la presencia de comorbilidad, y de los antecedentes psicopatológicos en el pasado, también más frecuentes en el grupo I.

Al centrarnos en las diferencias específicas entre los tres grupos respecto a perfiles clínicos se observó mayor

prevalencia de trastornos del estado de ánimo en el grupo II, seguido del grupo I y por último, observamos una menor presencia de estos diagnósticos en el grupo III. Esto no resulta sorprendente dado que la depresión es uno de los cuadros clínicos más relacionados con el suicidio, especialmente en adultos. Joiner (12) en sus trabajos menciona a los "major five" para referirse a los diagnósticos del DSM más asociados a la conducta suicida. Estos son: 1) el trastorno depresivo mayor, 2) el trastorno bipolar, 3) la esquizofrenia, 4) la anorexia nerviosa y 5) el trastorno límite de la personalidad (12). Chesney, más recientemente excluye la esquizofrenia de esta lista, coincidiendo en los otros cuatro con Joiner (13). Observamos que entre los adolescentes que presentaban conducta suicida en el contexto de un cuadro clínico agudo (grupo II), los trastornos afectivos, especialmente episodios depresivos fueron con diferencia los más prevalentes, cerca del 40%. Estos resultados son muy reveladores ya que destacan la fuerte relación entre depresión y conducta suicida en este grupo de pacientes. Aunque esta relación ha sido muy descrita, incluso identificando la depresión como un predictor de repetición de la conducta suicida (14), a menudo ha quedado en un segundo plano.

Respecto a los rasgos desadaptativos de personalidad, se observa que estos están significativamente más presentes entre los adolescentes del grupo I, con una menor presencia en el grupo II y sin casos con este diagnóstico en el grupo III. Estos resultados tienen sentido teniendo en cuenta que la presencia de rasgos desadaptativos de personalidad explicarían un mal funcionamiento de larga evolución tanto en el ámbito personal como en el relacional.

El trastorno de conducta, por su parte, revela una presencia exclusiva en adolescentes del grupo I, no habiendo casos con este diagnóstico en el resto de grupos. En la misma línea que los trastornos de la personalidad, pero con un inicio más precoz, los adolescentes con este diagnóstico presentan un cuadro de larga evolución de problemas en diferentes áreas, en este caso con serios problemas en el ámbito académico, no solo en el relacional (15).

Los trastornos de conducta alimentaria, constituyen otro de los, ya comentados, "major five" identificados por Joiner (12) o de los cuatro de Chesney (13). La existencia de este diagnóstico en los grupos I y II y su ausencia en el grupo III, dibujaría dos perfiles previos a la conducta suicida en presencia de trastornos alimentarios. El grupo I presentaría mayor comorbilidad psicopatológica, y el grupo II, cuadros alimentarios más puros, con una problemática más centrada en la conducta alimentaria.

En cuanto a los antecedentes personales, también se encontraron diferencias significativas, con mayor presencia de antecedentes psicopatológicos entre los adolescentes del grupo I, seguidos del grupo II y por último del grupo III. Este dato vuelve a entrelazar resultados observados con aspectos de la propia tipología, siendo que los cuadros más crónicos, por la propia definición se considerarían del grupo I.

Al centrarnos en las diferencias específicas entre los tres grupos respecto a factores vitales estresantes, observamos que existían diferencias significativas entre grupos en cuanto a vivencias de *bullying* con mayor presencia en los adolescentes de los grupos I y II. En estos grupos podríamos hipotetizar que la relación entre el *bullying* y la conducta suicida podría estar mediada de alguna forma por un mal funcionamiento de larga evolución a nivel interpersonal y en otras áreas (grupo I) o por un trastorno de salud mental (grupo II). En cuyo caso sería difícil de determinar si el estresor desencadenante de la patología es el *bullying* o si el hecho de tener una vulnerabilidad o síntomas prodrómicos puede hacer a los preadolescentes y adolescentes más vulnerables a este tipo de situaciones de acoso.

También encontramos diferencias significativas entre los tres grupos en cuanto a ingresos hospitalarios previos en salud mental, con mayor número de ingresos previos entre los adolescentes del grupo I, seguido por los del grupo II y prácticamente ausentes en los del grupo III.

En cuanto a las autolesiones, se hallan diferencias significativas entre los tres grupos con una mayor presencia de éstas entre los adolescentes pertenecientes al grupo I, probablemente muy relacionadas con la mayor existencia de rasgos disfuncionales de personalidad en este grupo y por consiguiente, con peores habilidades interpersonales, de resolución de problemas y de gestión emocional. Todo ello, haría que pudiesen utilizar con más frecuencia que en los otros grupos las autolesiones como estrategias disfuncionales de afrontamiento emocional.

En relación a la conducta suicida, los datos también parecen replicar la tipología de Fortune (7), pues se observó una mayor presencia de tentativas como motivo de consulta en el grupo III, pese a existir, como era de esperar, un menor número de casos en este grupo con

historia de conducta suicida previa. Son adolescentes que pasan al acto de forma poco esperable, sin un proceso previo de incremento de la gravedad de la conducta suicida. Es decir, inicio por ideación autolítica y/o gestos autolíticos, y posterior agravamiento. Los adolescentes de este grupo mantienen un funcionamiento aparentemente normal hasta el momento de la crisis. Para este tipo de pacientes la prevención universal es fundamental ya que resulta muy difícil identificarlos antes del momento de pasar al acto.

La atención por tentativa autolítica fue menor en los grupos I y II, aunque con mayor demanda por otras conductas suicidas diferentes a tentativa que en el grupo III, sin que lleguen a existir diferencias estadísticamente significativas. Esto puede ser debido a que la mayoría de estos adolescentes ya han ido informando de sus dificultades, ya sea verbalmente o con su conducta y problemas de funcionamiento, y por ello están en contacto con equipos de salud mental que ayudan a adelantarse en la identificación de estas conductas de riesgo y acudir a los servicios de urgencias antes de pasar al acto. En esta línea, observamos diferencias significativas en cuanto a la presencia de antecedentes personales de conducta suicida, con una marcada prevalencia en el grupo I, la mitad de los pacientes, y uno de cada cuatro, las conductas previas habían sido tentativas autolíticas.

Si bien lo anterior parece encajar con las categorías de Fortune en la muestra del presente estudio, hay otros resultados que merecen ser comentados y que arrojan luz sobre otras características que también resultan definitorias de las tres tipologías. Así, los tres grupos comparten factores comunes como son que no hay diferencias de género y edad, no hay diferencias respecto al método más frecuentemente utilizado, ni de antecedentes familiares de patología mental o de conducta suicida, siendo este último un importante factor de riesgo para presentar conducta suicida (16) (17). De todas formas, sí debe matizarse que los antecedentes de esquizofrenia son inexistentes en el grupo III, y los antecedentes de trastornos del estado de ánimo, más prevalentes en el grupo II, por lo que no debe descartarse completamente la posible influencia de los antecedentes familiares en la conducta suicida actual.

Por otra parte, sí hay diferencias en el desencadenante identificado por el adolescente, con mayor prevalencia de factores relacionales en el grupo III, donde la conflictividad familiar, la ruptura sentimental o el conflicto con iguales es indicado por tres de cada cuatro adolescentes, mientras que en los grupos II y III estos desencadenantes relacionales no llegan a la mitad.

LIMITACIONES

El presente trabajo tiene diversas limitaciones que deben tenerse en cuenta. La primera es que se toma como referencia la clasificación del adolescente suicida que se propone en un estudio basado en una muestra que recoge exclusivamente 27 casos de suicidios consumados, excluyendo por tanto otros tipos de conducta suicida. No obstante, son escasos los trabajos que ofrecen perfiles prototípicos tras el estudio detallado de adolescentes con conductas suicidas. Por ello los resultados de Fortune et al. (7) se consideran de gran potencial y relevancia clínica. La segunda es que el trabajo se ha realizado con datos de un único centro, por tanto, sería deseable poder llevar a cabo estudios multicéntricos. Por otro lado, uno de los objetivos principales del estudio era facilitar la toma de decisiones en los servicios de urgencias para mejorar la prevención selectiva e indicada en adolescentes con conducta suicida. A pesar de esto, sólo se han registrado variables identificables en una exploración clínica en urgencias, por ello sería necesario ampliar el estudio con la inclusión de otras variables potencialmente reveladoras del perfil prototípico del adolescente suicida que permitan afinar más las características de cada grupo y poder identificar así perfiles más reveladores y potencialmente predictores que faciliten actuaciones tempranas.

CONCLUSIONES

Al margen de esas limitaciones, y de la elaboración de estudios que las minimicen, consideramos que este es un trabajo muy importante por el tamaño de muestra que recoge y por tratarse de un hospital de referencia para población pediátrica con conducta suicida, lo que favorece la representatividad de la muestra de estudio. Creemos que la clasificación propuesta puede permitirnos un acercamiento más efectivo al estudio de la conducta suicida y a cómo afrontarlo en cada caso. A partir de ahí, los datos aportados permiten sugerir que los tratamientos a aplicar deberían adaptarse a las características de las tipologías planteadas a fin de conseguir la máxima eficacia en la recuperación del adolescente y en la prevención de recaídas. Así, podríamos hablar de dos tipos de intervenciones o estrategias, unas comunes sea cual sea el grupo de pertenencia, siendo las dos más importantes:

1) Restringir el acceso a los métodos utilizados con más frecuencia, en nuestro caso medicamentos, una estrategia que ha demostrado su eficacia en la prevención (6) (1) y 2) mantener un seguimiento especializado en salud mental que favorezca el cambio en la conducta de búsqueda de ayuda, con las siguientes especificaciones que comentaremos a continuación (6) (1). El segundo tipo de intervenciones sería específico para cada una de las tipologías, de cara a mejorar la vinculación de estos pacientes a los tratamientos y reducir la alta tasa de abandono de tratamientos validados para suicidio. En este sentido, nuestra propuesta es la siguiente:

En el grupo I los tratamientos más indicados serían los basados en la adquisición de habilidades, como la Terapia Dialéctico Conductual de Linehan (18) (19). Para el grupo II, tratamientos focalizados en la estabilización de los cuadros clínicos de depresión como la terapia Cognitivo-Conductual o psicofármacos como por ejemplo los inhibidores de la recaptación de Serotonina (20), acompañados de la monitorización de la ideación autolítica. Por último, para el grupo III se tendría que incidir en estrategias de prevención universal, como las intervenciones en colegios. Una vez se ha dado la conducta suicida en adolescentes clasificables en este grupo, habría que ofrecer un año de seguimiento individual (mediante alternativas de resolución de conflictos, elaboración del duelo, u otras) y familiar, para tratar tanto las consecuencias propias de haber realizado un intento de suicidio en un menor que no había dado señales previas, como el posible estrés postraumático en el paciente o familiares, hermanos u otros, acompañado todo ello de orientación para tratar al sujeto tras el intento de suicidio.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization [WHO]. Preventing suicide. CMAJ 2014; 143: 609–10.
2. Instituto Nacional de estadística [INE]. Defunciones según la causa de muerte. [revista electrónica] 2013 [accedido diciembre 2015] Disponible en: http://www.ine.es/prensa/np896.pdf
3. Instituto Nacional de estadística [INE]. Defunciones según la causa de muerte. [revista electrónica] 2014 [accedido diciembre 2015] Disponible en: http://www.ine.es/en/prensa/np963_en.pdf
4. Haukka J, Suominen K, Partonen T, Lönnqvist J. Determinants and outcomes of serious attempted suicide: A nationwide study in Finland, 1996-2003. Am J Epidemiol 2008; 167: 1155–63.
5. Miranda R, Scott M, Hicks R, Wilcox HC, Lou Harris Munfakh J, Shaffer D. Suicide Attempt Characteristics, Diagnoses, and Future Attempts: Comparing Multiple Attempters to Single Attempters and Ideators. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2008; 47: 32–40.
6. Hawton K, Saunders KEA, O'Connor RC. Self-harm and suicide in adolescents. Lancet 2012; 379: 2373–82.
7. Fortune S, Stewart A, Yadav V, Hawton K. Suicide in adolescents: using life charts to understand the suicidal process. J Affect Disord 2007; 100: 199-210.
8. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S. Suicide and Suicidal Behavior. Epidemiologic reviews. 2008;30(1):133-154. doi:10.1093/epirev/mxn002.
9. Margarit Soler A, Martínez Sánchez L, Martínez Monseny A, Trenchs Sainz de la Maza V, Picouto González MD, Villar Cabeza F, et al. Características epidemiológicas de las tentativas de suicidio en adolescentes atendidos en Urgencias. An Pediatr (Barc) 2015. http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2015.04.022
10. Nock MK, Green JG, Hwang I, McLaughlin KA, Sampson NA, Zaslavsky AM, et al. Prevalence, Correlates, and Treatment of Lifetime Suicidal Behavior Among Adolescents. JAMA Psychiatry 2013; 70: 300.
11. Oquendo MA, Currier D, Mann JJ. Prospective studies of suicidal behavior in major depressive and bipolar disorders: What is the evidence for predictive risk factors? Acta Psychiatr Scand 2006; 114: 151–8.
12. Joiner TE, Van Orden K a, Witte TK, Selby E a, Ribeiro JD, Lewis R, et al. Main predictions of the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior: empirical tests in two samples of young adults. J Abnorm Psychol 2009; 118: 634–46.
13. Chesney E, Goodwin GM, Fazel S. Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: A meta-review. World Psychiatry 2014; 13: 153–60.
14. Consoli A, Cohen D, Bodeau N, et al. Risk and

protective factors for suicidality at 6-month follow-up in adolescent inpatients who attempted suicide: an exploratory model. Can J Psychiatry 2015; 60 (2 Suppl 1): S27–S36.

15. Riccio CA, Hewitt LL, Blake JJ (2011) Relation of measures of executive function to aggressive behavior in children.Appl Neuropsychol 18: 1-10.
16. Wilcox HC, Kuramoto SJ, Lichtenstein P, Långström N, Brent D a, Runeson B. Psychiatric morbidity, violent crime, and suicide among children and adolescents exposed to parental death. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2010; 49: 514–23.
17. Van Orden KA, Witte TK, Cukrowicz KC, Braithwaite S, Selby EA, Joiner TE. The Interpersonal Theory of Suicide. Psychological review. 2010;117(2):575-600. doi:10.1037/a0018697.
18. Linehan MM, Korslund KE, Harned MS, Gallop RJ, Lungu A, Neacsiu AD, et al. Dialectical Behavior Therapy for High Suicide Risk in Individuals With Borderline Personality Disorder. JAMA Psychiatry 2015; 72: 475–82.
19. Mehlum L, Ramberg M, Tørmoen AJ, Haga E, Diep LM, Stanley BH, et al. Dialectical Behavior Therapy Compared With Enhanced Usual Care for Adolescents With Repeated Suicidal and Self-Harming Behavior: Outcomes Over a One-Year Follow-Up. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2016; 55: 295–300.
20. Cox BJ, Enns MW, Clara IP. Psychological dimensions associated with suicidal ideation and attempts in the National Comorbidity Survey. Suicide Life Threat Behav 2004; 34: 209–19.